

ANNÉE 1938

THÈSE

N°
622

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert MICHAUT

Né le 8 Août 1908, à GUERCHY (Yonne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUBERCULOSES PULMONAIRES GRAVES

LES ÉVOLUTIONS D'UNE SEULE TENUE

Président : M. F. BEZANÇON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

UNIVERSITY LIBRARY

WASH. D.C.

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert MICHAUT

Né le 8 Août 1908, à GUERCHY (Yonne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUBERCULOSES PULMONAIRES GRAVES

LES ÉVOLUTIONS D'UNE SEULE TENUE

Président : M. F. BEZANÇON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER.
Clinique médicale		CHIRAY.
		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale		CUNEO.
		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
Clinique d'accouchements		LEVY-SOLAL.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose		VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANCON.
Clinique cardiologie		MATHIEU.
Assistance médico-sociale		LAUBRY.
		CROUZON.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANCON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK- BRENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOUL ..
FEY	Urologie.	LAROCHE Guy..
GAILLARD	Parasitologie.	LAVIER
GASTINEL	Bactériologie.	LELONG
		Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY-		
RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ...		
MOURE		
QUENU		
VELTER		
ECALLE	}	Clinique obstétricale
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE, LE DOCTEUR F. MICHAUT

En remerciement de ses leçons de médecine pratique.

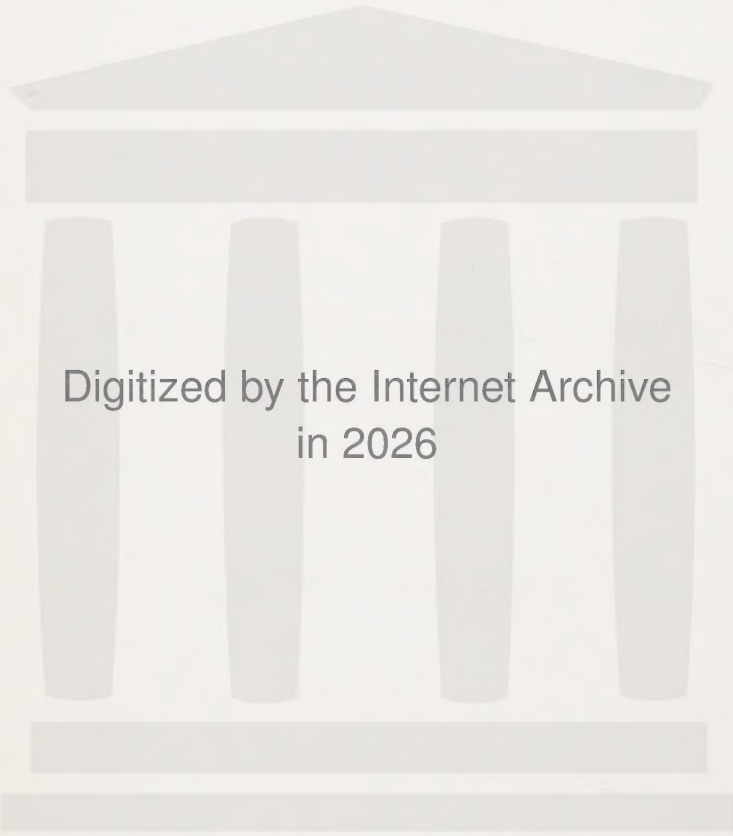
A MON FRERE, LE DOCTEUR P. MICHAUT

En remerciement de ses précieux conseils.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Président de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse. Hommage d'admiration et
de profond respect.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Etienne BERNARD

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré ce sujet et nous a
guidé de ses précieux conseils.*

*Il nous a toujours réservé le meilleur
accueil et nous a porté l'attention la plus
bienveillante et la plus affectueuse.*

*Hommage très reconnaissant et très
respectueux d'un élève tout dévoué.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Pierre JACOB

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui a su nous faire aimer la physiologie alors qu'il nous en enseignait les premières notions, et qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance et la plus grande bonté

Hommage très reconnaissant et très affectueux.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur POIX

Vice-président du Comité National
de Défense contre la Tuberculose

Qui a bien voulu nous faire profiter de son enseignement pratique et nous guider de ses précieux conseils.

Hommage reconnaissant et très respectueux.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca

En remerciement de son précieux enseignement et de sa grande bienveillance.

Hommage très respectueux.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur OMBREDANNE.

Monsieur le Professeur SERGENT.

Monsieur le Docteur SAINTON.

Monsieur le Docteur ALGLAVE.

A NOS MAITRES DANS LES SANATORIUMS

Monsieur le Docteur DOUADY.

Monsieur le Docteur COHEN.

Monsieur le Docteur LUCIEN.

Monsieur le Docteur KANONY.

*Hommage très reconnaissant et très
respectueux.*

INTRODUCTION

Remarquant dans son service la proportion impressionnante des formes de tuberculose pulmonaire qu'il a très justement appelées « *les évolutions d'une seule tenue* », notre Maître, M. Etienne Bernard, nous a convié à nous attacher, sous sa direction et avec l'aide de ses précieux conseils, à l'étude clinique et médico-sociale de ces cas.

Ce sont les résultats de cette enquête que nous voulons exposer ici.

Par évolutions « d'une seule tenue », il faut entendre les cas de tuberculose pulmonaire dont la caractéristique essentielle est d'évoluer, comme cette appellation l'indique bien, en une seule poussée jusqu'à la mort, sans qu'aucune amélioration notable ne se soit manifestée depuis l'apparition des premiers symptômes, quelle que soit la durée de la maladie.

Disons tout de suite que nous n'entendons point parler des tuberculoses aiguës, granulie et pneumonie caséeuse, qui rentreraient dans le cadre de cette définition, et qu'après l'étude clinique qui sera l'objet de notre premier chapitre, nous préciserons les rapports des « évolutions d'une seule tenue » avec la phthisie galopante des classiques et avec la

tuberculose pulmonaire chronique commune, à poussées évolutives successives.

Nous nous proposerons ensuite, et c'est là le véritable intérêt de cette étude, de rechercher si parmi les causes aggravantes les plus généralement admises, il en est qui se rencontrent avec une particulière fréquence et sont susceptibles de contribuer, tout au moins dans une certaine mesure, à la gravité de ces évolutions.

Les bases de cette étude nous ont été fournies par les dossiers recueillis dans le service de notre Maître, au pavillon Rambuteau de l'hospice de La Salpêtrière. Nous avons classé 77 observations. Malheureusement, beaucoup de celles-ci sont incomplètes sur certains des points que nous recherchons, car plusieurs de ces cas graves ne sont arrivés dans le service que pour y terminer leur évolution.

Indiquons aussi que le Pavillon Rambuteau réservé aux femmes et enfants tuberculeux, est destiné à désencombrer les grands centres de triage qui y adressent leurs cas sévères : cas graves ne ressortissant pas à une thérapeutique active, ou retour d'une cure n'ayant pas empêché une aggravation incessante.

Il faudra en tenir grand compte dans l'appréciation des chiffres que nous donnerons dans le cours de cette étude. De plus, manqueront dans nos observations les cas qui se rapportent aux adultes du sexe masculin.

Nous ne nous dissimulons pas, enfin, combien ce

modeste travail est incomplet, du fait que nous n'avons pas abordé l'étude anatomique et surtout les recherches bactériologiques sur la virulence des germes, et les recherches endocrinologiques propres à nous renseigner sur le « terrain ».

Nous nous associons à notre Maître pour dire que « nous aimerions que cette enquête fût élargie par d'autres, que d'autres se penchent comme nous sur ces cas désastreux ».

CHAPITRE PREMIER

ETUDE CLINIQUE

IMPORTANCE NUMÉRIQUE DES TUBERCULOSES D'UNE SEULE TENUE

Pour situer la fréquence des « évolutions d'une seule tenue » observées au pavillon Rambuteau, nous nous reporterons aux statistiques fournies par notre Maître et S. Thieffry sur le mouvement du service pendant les années 1934 et 1935.

D'après ces chiffres, chaque année, le nombre des entrées se monte à 250 environ, tandis que celui des décès (ou sorties en état désespéré) atteint 165.

Or, les 77 fiches que nous avons classées portent sur deux années environ ; ce qui fait que 77 sur 330 malades, soit 23 *pour* 100, meurent dans le service d'une tuberculose ayant évolué sans rémissions.

ÂGE DES MALADES

Concernant l'âge des malades, nous avons trouvé :

Jusqu'à 20 ans, 13 cas, soit environ 17 %

De 21 à 25 ans, 15 cas, soit environ 20 %

De 26 à 30 ans, 19 cas, soit environ 24 %

De 31 à 40 ans, 12 cas, soit environ 15 %

Au-dessus de 40 ans, 18 cas, soit environ 23 %

Nous n'avons trouvé que 4 cas au-dessus de 50 ans : 53, 54, 56 et 71 ans.

Ces chiffres nous indiquent donc que la fréquence maxima des évolutions d'une seule tenue a lieu entre 20 et 30 ans et qu'elle est encore plus intense dans la deuxième moitié de cet intervalle.

On remarque aussi que la fréquence est plus grande après 40 ans qu'avant 20 ans.

On ne peut donc dire qu'il s'agisse de formes particulières à l'adolescence. Ce sont au contraire dans l'ensemble des cas qui, sous le rapport de l'âge, rentrent bien dans les données classiques sur la fréquence de la morbidité et de la mortalité de la tuberculose pulmonaire, et peuvent survenir même à un âge avancé.

Avant d'étudier séparément les différentes rubriques que comportera cette étude clinique — à savoir le mode de début, les résultats du premier examen complet, les signes cliniques dominants, les complications, le mode de terminaison et la durée d'évolution, l'influence du traitement enfin — pour éviter autant que possible les redites et ne pas trop désarticuler les observations, nous en citerons d'abord un certain nombre in extenso, complétant chemin faisant ces exemples par des emprunts partiels à d'autres cas.

Observations de tuberculoses graves d'emblée

Obs. 1. — Mlle V... R..., 14 ans, conditionneuse en produits pharmaceutiques depuis janvier 1936, a perdu il y a 4 ans, de tuberculose pulmonaire avec hémoptysies, une sœur plus âgée avec laquelle elle vivait. D'autre part un frère, plus âgé également, aurait fait il y a 2 ans, une évolution bacillaire (avec hémoptysies) de laquelle il serait bien remis actuellement. Elle-même commence à accuser : fatigabilité anormale, inapétence et toux, au mois *d'avril* 1936.

Le 25 mai, elle fait une hémoptysie assez abondante, accompagnée d'une poussée thermique à 40°. Nouvelles hémoptysies les 27 et 29 mai. La malade est transportée à l'hôpital Trousseau, où l'on institue immédiatement, le 30 mai, un pneumothorax artificiel gauche.

Le premier examen radiologique, fait à cette date, soit trois semaines après l'apparition des premiers signes cliniques, montre un hémithorax droit sensiblement normal, tandis que l'hémithorax gauche est assez uniformément couvert de pommelures et présente une cavité rétro-claviculaire.

Le 13 juin, la petite malade entre à la Salpêtrière, très pâle, amaigrie, toussant et crachant beaucoup, mais peu fébrile. Malgré l'apparence satisfaisante du collapsus entretenu régulièrement, l'état général est très mauvais, analogue à celui d'une intoxication générale, et s'aggrave encore. On note des signes d'anémie. L'amaigrissement s'accroît rapidement. Le cliché du 16 juin montre une bilatéralisation massive sous forme de petites taches à contours flous. On tente en vain la création d'un pneumothorax droit. On abandonne vite toute thérapeutique active. D'autant qu'apparaissent rapide-

ment diarrhée, œdème des membres inférieurs (albumine dans les urines) et fièvre très irrégulière entre 38° et 39°.

Le décès survient le 1^{er} août 1936, après une évolution apparente de 4 à 5 mois.

Obs. 2. — Mlle B... L..., 20 ans, originaire du Finistère, sans antécédents familiaux ou personnels à retenir, est venue récemment à Paris pour se placer comme femme de chambre. (Dans la famille qui l'employait, une jeune fille toussait) (?).

Au mois de *novembre* 1934, elle fait un épisode dit « grippal », avec température à 40°, toux, expectoration. Puis survient une laryngite avec grosse dysphagie pour laquelle on l'hospitalise à Claude-Bernard. Là, on élimine le bacille de Löffler et on met en évidence le bacille de Koch.

La malade est dirigée sur Laënnec où le premier examen radiologique, qui est donc fait 3 semaines environ après le début apparent de la maladie, montre : à droite, des taches d'aspect nodulaire dans la moitié supérieure du champ pulmonaire avec plusieurs cavités du sommet ; à gauche, des taches et marbrures dans la moitié supérieure du champ pulmonaire avec deux larges cavités du sommet.

Un début de traitement aurique est vite interrompu pour intolérance.

La malade entre à la Salpêtrière le 15 janvier 1935.

La laryngite persiste. On note une asthénie intense, des sueurs nocturnes abondantes, une température oscillant entre 37° et 39° et qui ne cessera de se maintenir jusqu'à la mort, accentuant ses oscillations pour aller de 36° à 40°, prenant le type rémittent, puis intermittent, et se déréglant enfin complètement dans les dernières semaines (voir fig. 1).

L'amaigrissement s'accroît, atteignant 10 kg. pendant les premiers mois de séjour à la Salpêtrière. Les examens radiologiques successifs montrent une augmentation des lésions qui se creusent encore plus, puis s'étendent aux deux bases.

En octobre 1935 apparaît une complication, une arthrite du coude gauche. La malade meurt, cachectique, le 26 novembre 1935.

L'évolution apparente s'est faite en 12 mois.

Obs. 3. — Mme J... E..., 24 ans, sans profession, Italienne, habitant Paris depuis 5 ans, a soigné son mari qui est mort de tuberculose pulmonaire au mois de février 1935, après avoir présenté de nombreuses hémoptysies depuis une année.

C'est peu après ce décès que la malade se plaint de grande lassitude, de toux, d'expectoration, et consulte un médecin qui l'adresse à l'hospice de Bicêtre où l'on trouve : des bacilles de Koch dans les crachats et des lésions radiologiques étendues. Ce premier examen est pratiqué au mois de mars 1936, assez précocement pour autant qu'on puisse en juger ; le début étant en effet assez difficile à préciser.

Elle entre à la Salpêtrière le 30 avril 1936, en mauvais état général, ayant maigri de 5 kg. en trois mois, et aménorrhéique depuis deux mois. Sa température (voir fig. 6) est désordonnée, sans systématisation, avoisinant tantôt 37°, tantôt 39°5 et même 40°, devenant très légèrement oscillante dans la dernière semaine.

L'amaigrissement s'accroît rapidement. Le cliché montre des pommelures diffuses, couvrant les deux champs pulmonaires. Quelques jours avant le décès, on notera du météorisme abdominal avec un peu d'ascite ; de l'hyperesthésie cutanée.

L'évolution se termine le 19 *juin* 1936, ayant très approximativement duré 5 *mois*.

Obs. 4. — Mme Ch..., 27 ans, d'origine espagnole, à Paris depuis 6 ans, est placée comme bonne à tout faire dans une famille qui compte 5 enfants. Elle y a beaucoup de travail, est bien logée, mais se plaint de la nourriture.

Elle est mariée depuis un mois environ, lorsqu'au mois de *février* 1938, elle fait un épisode dit « grippal » dont elle se remet mal, gardant une grande asthénie.

Le 11 mars, pendant son travail, elle fait une hémoptysie. Elle est hospitalisée à Broussais le 15 mars.

L'examen bactériologique n'est positif qu'à la troisième recherche, tandis que le cliché radiographique du 22 mars (1 mois environ après les premiers symptômes) montre que l'hémithorax gauche est couvert de petites taches à contours flous, plus ou moins confluentes par place, et que l'hémithorax droit présente des taches plus fines et plus rares, d'aspect nodulaire et des travées partant du hile, lui-même très opaque.

A son entrée à la Salpêtrière, le 29 mars, l'état général est très médiocre : grande pâleur, asthénie intense, température irrégulière évoluant entre 38° et 40°. Cet état s'aggrave jusqu'au décès qui a lieu le 4 *mai* 1938, après une évolution apparente de 3 *mois*.

Obs. 5. — Mme P... M..., 53 ans, ménagère. Hémiplégique depuis 1931, présente en *janvier* 1936, les premiers symptômes de la maladie actuelle. Une petite toux accompagnée d'une expectoration peu abondante, une température subfébrile, puis nettement fébrile, un amaigrissement progressif et rapide, l'amènent à se faire hospitaliser à la fin du mois de *janvier*.

Au premier examen radiologique, 3 semaines environ après l'apparition des premiers symptômes, on trouve des lésions très étendues sous forme de lacunes et d'opacités confluentes, prédominant dans les 2, 3 supérieurs des champs pulmonaires, plus conglomérées à gauche. L'examen bactériologique est positif.

La malade entre à la Salpêtrière. La température persiste sans aucune rémission, oscillant entre 37°5 et 39°, avec irrégularité. Les lésions radiologiques s'accroissent : on note le 24 avril une opacité totale de l'hémithorax gauche. Les examens sanguins révèlent, d'autre part, une anémie assez intense. Des signes méningés apparaissent quelques jours avant le décès. Celui-ci survient le 14 juin 1936 après une évolution apparente de 6 mois.

Observations de tuberculoses d'apparence banale

Obs. 6. — Mlle D., S..., 17 ans, sans profession, ayant toujours habité la région parisienne, commence à se plaindre, au mois de février 1937, de fatigue anormale, d'anorexie, d'amaigrissement et de toux. Elle consulte précocement ; l'examen radiologique pratiqué dès cette époque aurait montré des lésions du poumon droit.

Elle se fait soigner à la maison. Mais en avril, la toux est plus fréquente, accompagnée d'expectoration, l'amaigrissement s'accroît. Les examens bactériologiques des expectorations sont positifs. La radiographie montre des lésions bilatérales diffuses sous forme de marbrures disséminées, piquetées de petites taches d'aspect micro-nodulaires, et sans cavité visible.

Du 24 juin au 15 novembre, la malade séjourne au sanatorium de Magnanville. Un traitement par les sels d'or détermine des signes d'intolérance. La température se maintient autour de 38°. Aucune amélioration ne

survient, au contraire l'état s'aggrave, l'amaigrissement s'accroît.

La malade entre à la Salpêtrière, en état cachectique, le 14 mars 1938. Très pâle, amaigrie, aménorrhéique depuis 7 mois ; elle voit maintenant sa température osciller autour de 39°. La toux et l'expectoration sont très fréquentes. Les images radiologiques se sont beaucoup densifiées, surtout au niveau des parties moyennes des champs pulmonaires, tandis que les sommets se sont éclaircis par excavation. La dyspnée s'accroissant, la malade meurt le 26 mars 1938, après une évolution apparente de 13 mois.

Obs. 7. — Mlle B... R..., 19 ans, cartonnrière, puis élève d'une école ménagère, a perdu sa mère d'une péritonite probablement bacillaire, et un petit frère, de méningite tuberculeuse. Il lui reste un frère atteint lui aussi de tuberculose pulmonaire.

Au mois de novembre 1934, elle aurait fait brusquement un épisode pleuro-pulmonaire sur lequel nous n'avons pas de renseignements précis, et qui l'oblige à un repos de 6 semaines. Elle reprend son travail mais ne retrouve pas son état antérieur, maigrit sans cesse, se sent lasse, tousse et expectore. Sur les conseils de son médecin, elle se fait hospitaliser à Ambroise-Paré, au début de mars 1935.

L'examen bactériologique est positif.

A la suite de l'examen radiologique, qui a été le premier en date et a donc eu lieu 4 mois environ après les premiers symptômes, on lui propose immédiatement un pneumothorax artificiel droit qui est institué le 20 mars.

Passage à la Salpêtrière le 1^{er} juin 1935.

Le pneumothorax est régulièrement entretenu, mais l'expectoration bacillifère persiste, la température se

maintient autour de 38° (voir la fig. 3), la malade présente de la diarrhée et maigrit rapidement, perdant 5 kg. les 6 premières semaines de son séjour à la Salpêtrière. Le 9 juillet 1935, une section de brides est pratiquée pour essayer d'améliorer le collapsus.

La situation ne cesse de s'aggraver, la température devient plus irrégulière, atteignant souvent 39° (voir la fig. 4). La diarrhée s'accuse, s'accompagnant de vomissements fréquents, le poids décline rapidement, baissant encore de 12 kg. en 3 mois et demi. La courbe thermique (voir la fig. 5) oscille largement jusqu'à 40°, avec des chutes brusques à 37° et même 36° les derniers jours. Le dernier cliché, pris en août, montre un début de bilatéralisation des lésions. Les troubles digestifs s'accroissent. La mort survient le 8 décembre 1935, après une évolution apparente de 12 à 13 mois.

Obs. 8. — Mlle L... J..., 22 ans, originaire du Finistère, vendeuse à Brest, présente les premiers symptômes pathologiques en *juillet* 1935, alors qu'elle travaillait plus qu'à l'ordinaire. Fatigue anormale, inappétence, toux, expectoration s'installent progressivement, et ce n'est que devant leur accentuation que la malade se décide à consulter, au mois de novembre, ayant maigri de 3 kilos.

Nous ne possédons malheureusement pas de renseignements précis sur les résultats de ce premier examen, pratiqué 4 mois après le début apparent, mais nous savons qu'à sa suite un pneumothorax thérapeutique fut immédiatement proposé à la malade.

Nous ignorons aussi les raisons pour lesquelles il ne fut institué qu'en mars 1936 au sanatorium de Plougouven où la malade était entrée. Malgré la collapsus-

thérapie l'aggravation se poursuit, l'amaigrissement s'accuse, la fièvre persiste, l'expectoration bacillifère est toujours abondante. La malade est dirigée sur l'hôpital Laënnec où l'on doit envisager éventuellement la possibilité d'une section d'adhérences. Mais devant l'aggravation incessante cette thérapeutique est différée et la malade est envoyée à la Salpêtrière où elle entre le 12 septembre 1936. Son état est cachectique. La température, oscillante et irrégulière, touche 37°5 et 39°-40°. Le cliché montre des lésions bilatérales diffuses très largement excavées.

La malade sort sur sa demande le 26 octobre 1936, en état désespéré. Très vraisemblablement, l'évolution apparente n'aura pas dépassé 16 *mois*.

Obs. 9. — Mme J... B..., 26 ans, sans profession, originaire du Nord, mais domiciliée à Paris depuis l'âge de 5 ans et logée dans de bonnes conditions, a perdu son père très vraisemblablement de tuberculose pulmonaire.

Elle se met à tousser au mois de *septembre* 1936.

Un traitement banal n'amène aucune amélioration ; bien au contraire d'autres symptômes apparaissent : expectoration, dyspnée, sueurs nocturnes, asthénie croissante, aménorrhée, élévation thermique à 40°.

Elle est hospitalisée à la Pitié, en novembre 1936. La bacilloscopie est positive. L'examen radiologique pratiqué à ce moment (2 *mois* environ après le début apparent) montre des lésions diffuses de l'hémithorax gauche (avec large cavité apicale), contrastant avec un côté droit indemne.

Passage à la Salpêtrière le 24 novembre : état général très médiocre, température à 39°, amaigrissement, anémie.

Néanmoins à cause de l'unilatéralité des lésions radiologiques, on essaie, mais en vain, la création d'un pneumothorax.

L'aggravation se poursuit rapidement ; la température se maintenant entre 39° et 40°, avec quelques chutes à 38°, puis devenant plus largement oscillante, entre 38° et 40°5.

L'amaigrissement s'accroît rapidement. La mort survient le 29 *janvier* 1937, après une évolution apparente de 5 *mois*.

Obs. 10. — Mlle M... Y..., 27 ans, dont les antécédents héréditaires sont suspects de bacillose, et qui était placée comme bonne à tout faire, n'a pu donner de précisions sur l'époque à laquelle sont apparus, chez elle, les premiers symptômes pathologiques. C'est sans doute 4 ou 5 *mois* plus tard qu'elle consulte pour la première fois, le 1^{er} juin 1935, inquiète surtout d'un amaigrissement persistant et progressif. Malgré les conseils de son médecin, elle veut continuer son travail, se faisant instituer un traitement par les sels d'or.

Son état s'aggravant, elle doit se faire hospitaliser le 2 octobre 1935, ayant déjà perdu 20 kilos.

Elle arrive à la Salpêtrière le 11 octobre, très amaigrée, cachectique, avec une température très largement oscillante, entre 37° et 39°5. Elle est aménorrhéique depuis 4 mois. On note en plus un foie gros et douloureux accompagnant des signes d'éthylisme. Un essai de traitement par la crisalbine, additionnée de calcium, doit être interrompu pour diarrhée.

L'aggravation s'accroît, la malade perd encore 5 kilos en 5 mois. Les radiographies montrent, entre de larges géodes, des taches multiples à contours flous,

couvrant les deux hémithorax, et s'étendant progressivement.

Le décès survient le 29 *février* 1936, après une évolution apparente de 10 à 12 *mois*.

Obs. 11. — Mlle B... M..., 29 ans, servante de café, puis ménagère, fait brusquement, le 10 *mai* 1935, pendant son travail, une hémoptysie suivie d'une poussée évolutive avec fièvre à 39° et présence de bacilles dans les crachats.

L'examen radiologique, pratiqué précocement en raison du symptôme d'alarme, aurait montré des images pathologiques de l'hémithorax gauche.

Au mois de juillet suivant, elle entre au sanatorium de La Tuyolle, où l'on institue un pneumothorax artificiel gauche le 26 juillet.

Le décollement n'est que partiel. Aucune amélioration n'apparaît dans la suite. La fièvre persiste irrégulière.

Au mois de novembre apparaît un épanchement, bientôt suivi d'une laryngite sévère. Les insufflations sont interrompues devant la gravité de l'état général et l'inefficacité de cette thérapeutique.

En février 1936, la malade entre à la Salpêtrière, amaigrie de 10 kilos depuis le début de sa maladie, présentant de la diarrhée et une fièvre à grandes oscillations irrégulières entre 37° et 39°5.

Déclinant sans cesse, elle succombe le 18 *mai* 1936. La durée apparente de l'évolution a été de 12 *mois*.

Obs. 12. — Mme P... O..., 36 ans, originaire du Nord, à Paris depuis 1918, sans profession, aurait eu une pleurésie droite (non ponctionnée) en 1916.

Il semble que les premiers symptômes de la maladie

actuelle soient apparus au mois de *février* 1936, sans que la malade s'en préoccupe.

Au mois d'avril, la malade est fébricitante, tousse, expectore modérément et remarque qu'elle maigrit. Elle reste néanmoins un mois chez elle sans soins médicaux et ne consulte qu'au début de mai. On l'adresse à l'hôpital Necker le 5 mai et, le 9 mai, elle est passée à la Salpêtrière. Elle y arrive avec un état général très déficient. Elle a perdu 10 kilos depuis 3 mois, présente une température très irrégulière qui évoluera entre 37° et 39°5, sans grandes oscillations.

Le cliché montre des lésions bilatérales diffuses avec de multiples excavations.

Le 10 juin, on note l'apparition d'un pneumothorax spontané de la base gauche.

La malade succombe le 23 *juin* 1936 après une évolution apparente de 5 *mois*.

Obs. 13. — Mme L... P..., 71 ans, originaire du Cantal, concierge à Paris depuis 30 ans, fait remonter le début de son état pathologique au mois de *novembre* 1935.

C'est à ce moment qu'elle aurait commencé à tousser, à se sentir anormalement fatiguée et à maigrir. Elle suit un traitement banal à la maison jusqu'en juin 1936. Mais son état d'abord stationnaire s'aggravant, et une expectoration rapidement abondante étant apparue, elle est hospitalisée en juillet 1936, à la Pitié.

Les examens montrent : la présence de bacilles dans l'expectoration ; de grosses lésions radiologiques gauches (examen pratiqué 7 à 8 *mois* après l'apparition des premiers symptômes).

A son entrée à la Salpêtrière, le 22 août 1936, elle présente un mauvais état général, caractérisé surtout

par un très gros amaigrissement. La température est peu oscillante et peu élevée, entre 37° et 38°5. Sur la radiographie on note : du côté gauche, un énorme évi-
dement du sommet, descendant jusqu'à la région moyenne de l'hémithorax, la partie sous-jacente étant presque uniformément opaque, tandis que l'hémithorax droit ne présente qu'une pommelure discrète dans la partie moyenne.

La mort survient le 24 *septembre* 1936, après une évolution apparente de 10 *mois*.

Mode de début

Précisons tout d'abord que nous entendons parler du début apparent de la maladie, c'est-à-dire du début flagrant, du début « social », pourrait-on dire. Ce que nous avons en vue, ce sont les premiers signes anormaux patents capables d'attirer l'attention du malade ou de son entourage, et susceptibles d'inciter le médecin consulté à pratiquer un examen pulmonaire complet.

C'est donc dire aussi toute l'imprécision qui peut s'attacher à la date d'apparition de ce début. Imprécision d'autant plus marquée que le malade, même s'il s'observe bien, même s'il sait apprécier les choses à leur juste valeur (et il ne faut généralement pas être aussi exigeant pour les malades que nous interrogeons), peut être dans l'impossibilité de préciser l'époque à laquelle il a remarqué un fléchissement de son état général, l'époque à laquelle il a trouvé qu'il se fatiguait anormalement ou maigrissait pour une cause qui ne soit pas une cause banale.

La toux et l'expectoration, trop fréquentes au cours des petites infections saisonnières, sont aussi des symptômes trompeurs qui n'attirent l'attention que par une persistance vraiment inaccoutumée. Souvent, d'ailleurs, ils sont loin d'être les premiers signes pathologiques en date. Il faut donc que le malade soit averti de la fréquence de la tuberculose pulmonaire et sache que son début peut être insidieux et même inapparent, pour que des symptômes semblant banaux attirent son attention.

Nous nous sommes cependant efforcé d'apprécier autant qu'il se pouvait la date d'apparition des premiers symptômes, pensant bien que nous aurions beaucoup plus de chances d'approcher la réalité dans les cas à début aigu que dans les cas à début progressif.

Nous avons distingué trois modes de début :

Début aigu, du type grippal, pneumonique, pleurétique, ou sans type particulier, dont nous avons trouvé (compte tenu de quelques cas dont le début nous est inconnu),

8 exemples, soit environ 12 % des cas

Nous le rencontrons dans les observations n° 2 et 7 et aussi, par exemple :

Chez Mme Ch... E..., 30 ans, qui fait un coryza d'apparence banale avec toux et fièvre, garde le lit trois jours, reprend son travail pendant quelques jours, mais voit sa température monter à 40°, se plaint de sueurs abondantes et de douleurs thora-

ciques et doit à nouveau garder le repos et se faire hospitaliser.

Et chez la petite M... S..., 12 ans et demi, qui brusquement, en bonne santé apparente, fait une poussée thermique à 40° simulant une pneumonie.

Début hémoptoïque, l'hémoptysie pouvant survenir en bonne santé apparente, ou n'être primitive qu'en apparence, survenant en période dite d'« imprégnation ». Il nous a semblé cependant que même dans ce dernier cas, elle gardait sa valeur de symptôme de début, car, sauf chez les malades par trop négligentes, il lui faut conserver la valeur qu'on lui a très justement attribuée de symptôme d'alarme.

Nous l'avons rencontrée :

10 fois, soit dans 15 % des cas environ et en particulier dans les observations n° 1, 4 et 11.

Début lent, progressif, le plus souvent très imprécis, dont nous avons trouvé :

38 exemples, soit environ 56 % de nos cas.

Les symptômes les plus souvent accusés par les malades sont l'asthénie croissante, l'inappétence, l'amaigrissement progressif ; puis la toux, accompagnée ou non d'expectoration, l'impression de fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, les douleurs thoraciques, etc...

Ce sont donc les modes de début les plus fréquemment observés chez nos malades et, ici encore, nous voyons que rien ne distingue les évolutions d'une seule tenue des formes communes de la tuberculose

pulmonaire, et qu'en particulier, les débuts aigus sont loin d'être les plus nombreux pour ces cas graves.

Comme nous y reviendrons ultérieurement, nous ne ferons que citer la proportion des débuts survenant dans les conditions suivantes :

— Au cours d'une grossesse, après une fausse couche ou un accouchement : 7 cas, soit 9 %.

— Après une intervention chirurgicale : 2 cas.

Signalons enfin que nous n'avons rencontré que 3 cas dont le début a été révélé par un examen systématique ou un examen fortuit.

Résultats du premier examen

Par premier examen, nous entendons le premier examen complet fait après l'apparition des premiers symptômes et comportant, bien entendu, un examen radiologique.

C'est d'ailleurs ce dernier que nous aurons particulièrement en vue dans ce paragraphe, car il est le seul qui puisse nous permettre de comparer l'étendue des lésions de nos différents cas au moment où le médecin les aura décelées pour la première fois. Disons aussi que pour nos malades ce premier examen a toujours été pratiqué, sauf quelques rares exceptions, au dispensaire ou à l'hôpital, et comportait un examen bactériologique.

Tous nos cas ont fait leur preuve bactériologique. La bacilloscopie s'est montrée immédiatement ou très

rapidement positive. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ce point.

Ce qu'il faut encore remarquer, c'est que le premier examen est loin d'avoir toujours été précoce ; bien au contraire, et nous le regrettons vivement pour l'intérêt de nos observations, il fut le plus souvent tardif et même très tardif (nous nous réservons de revenir sur ce point et d'y insister tout particulièrement au chapitre médico-social). Il présente par conséquent une valeur toute différente suivant la date à laquelle il a été mis en œuvre, et c'est pourquoi nous avons pensé qu'il convenait de diviser nos malades en deux groupes : celles pour lesquelles le premier examen a eu lieu très précocement, de quelques jours à quatre ou six semaines après l'apparition des premiers symptômes, et celles pour lesquelles le retard d'examen a varié de deux à dix mois.

MALADES EXAMINÉES DANS UN DÉLAI VARIANT DE QUELQUES JOURS A 4 OU 6 SEMAINES.

C'est malheureusement la minorité de nos cas, une quinzaine environ.

Dans ce groupe se classent les débuts aigus, les débuts hémoptoïques, les rares examens systématiques ou fortuits, et enfin les malades ayant consulté précocement.

Nous donnerons quelques exemples des résultats notés :

-- Dans l'observation n° 2, nous voyons qu'au premier examen, fait trois semaines environ après un

début « grippal », on trouve des lésions radiologiques bilatérales excavées et importantes :

à droite, taches d'aspect nodulaire dans la moitié supérieure du champ pulmonaire, avec cavité du sommet ;

à gauche, taches et marbrures d'une étendue assez symétrique, mais avec deux cavités plus larges du sommet.

— Chez Mme Ch... E..., dont le début aigu a été rapporté précédemment, nous trouvons, après trois semaines, des lésions assez analogues :

taches et marbrures non homogènes, à contours flous, prédominant dans les deux tiers supérieurs des deux champs pulmonaires, et accompagnées de plusieurs cavités.

— Dans l'observation n° 4, les lésions sont encore plus étendues, mais non excavées : petites taches d'aspect nodulaire, sans contour net, couvrant les deux hémithorax, mais plus abondamment serrées sur le côté gauche.

— Le premier examen (fait six semaines environ après le début) dans l'observation n° 1, montre des lésions à peu près strictement unilatérales, mais très étendues : pommelures couvrant tout l'hémithorax gauche ; large cavité rétro-claviculaire.

— Pour l'observation n° 11, si nous n'avons pas de compte rendu précis du premier examen pratiqué

peu après une hémoptysie, nous savons néanmoins que les lésions siégeaient au niveau du poumon gauche et indiquaient formellement la création d'un pneumothorax qui fut immédiatement proposé.

— Nous rapporterons plus loin, dans l'observation n° 20, le résultat suivant : lésions excavées du sommet gauche coïncidant avec une légère infiltration sous-claviculaire droite.

On propose immédiatement à la malade la création d'un pneumothorax.

— Dans l'observation n° 19, nous noterons qu'on trouve au premier examen (examen systématique peut-être plus apparent que réel) :

nodules disséminés dans tout le poumon gauche, petites condensations sous-claviculaires droites.

Le nombre des observations de ce groupe est trop restreint pour permettre de donner un pourcentage indiquant la proportion des différents types d'images radiologiques observés et qui pourraient se schématiser ainsi :

— lésions bilatérales excavées plus ou moins diffuses ;

— lésions bilatérales diffuses, non excavées (aspect nodulaire sans contour net) ;

— lésions unilatérales diffuses excavées ;

— lésions comportant : atteinte moyenne unilatérale, très légère atteinte contro-latérale.

Si dans quelques cas, les lésions radiologiques jointes à une allure clinique aiguë, pouvaient laisser prévoir une évolution rapide et fatale, dans tous les autres cas les lésions étaient du type de celles que l'on peut rencontrer au début des tuberculoses chroniques communes.

Reportons-nous en effet à la thèse de Aucier, travail consacré à l'étude de l'étendue des lésions initiales de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Après avoir analysé les fiches de la consultation d'un grand centre de triage parisien en considérant plusieurs années successives, l'auteur conclut que la lésion initiale de la tuberculose de surinfection de l'adulte est généralement constituée par un foyer *limité*, mais que dans 8 % des cas il a trouvé, dès le début, des lésions bilatérales. Et il ajoute : « Nous croyons qu'il s'agit de lésions bilatérales d'emblée, parce que :

a) Elles ont été observées à une date très rapprochée de celle du début de la maladie ;

b) Nous avons observé assez fréquemment dans ces cas des formes à début brusque, qui nous ont permis de situer exactement la date d'apparition des lésions ;

c) L'observation ultérieure des malades, à partir du moment où ils ont été examinés, montre souvent une stabilisation des lésions ; parfois même leur régression.

Ces lésions bilatérales d'emblée présentent les caractères suivants :

a) Ce sont toujours des lésions nodulaires. Rare-

ment on n'observe que des seuls nodules ; le plus souvent il existe aussi des images cavitaires ;

b) Ces formes s'observent chez des sujets jeunes, de 15 à 30 ans ;

c) L'étendue de ces lésions joue un certain rôle dans l'établissement de leur pronostic. Mais la gravité de la tuberculose dépend plus de l'évolution ultérieure des lésions que du volume du foyer initial. »

Ces conclusions viennent donc à l'appui des observations que nous venons de rapporter. Nous pouvons même dire qu'en quelque sorte nos cas forment une partie, et une grande partie sans doute, des 8 % notés par Aucler, et au début, ne diffèrent en rien des cas à lésions bilatérales d'emblée qui se stabiliseront ou même régresseront. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur cette question d'évolution.

Retenons dès maintenant que, pour ce qui nous concerne, la priorité revient aux lésions bilatérales et même aux lésions bilatérales étendues, ne relevant pas d'une thérapeutique active.

Les cas justiciables d'un traitement ne sont pourtant pas l'exception. Nous en trouvons 6 sur les 15 malades de ce groupe. Mais il faut bien noter aussi que les lésions les moins importantes de nos cas sont loin d'être minimales ; elles ne sont que très rarement strictement unilatérales et, même si elles le sont, envahissent tout le côté atteint.

Disons donc en définitive que les lésions radiologiques des évolutions d'une seule tenue, même obser-

vées très précocement, portent toujours sur une portion *étendue* du parenchyme pulmonaire, et ne sont jamais uniquement représentées par ce qu'il est convenu d'appeler des lésions discrètes.

MALADES EXAMINÉES PLUS OU MOINS TARDIVEMENT,
DE 2 A 10 MOIS APRÈS LE DÉBUT APPARENT

C'est la majorité de nos cas, soit 45 (compte tenu des observations incomplètes). Nous y insisterons moins car le plus souvent ce premier examen est pratiqué de 4 à 8 mois après l'apparition des premiers symptômes, et qu'il ne peut plus être question alors de lésions plus ou moins initiales.

Chez nombre de nos malades, c'est presque par un abus de langage que nous parlons de premier examen ; c'est à la fois le premier et le dernier examen, plutôt même le dernier, car il a été pratiqué peu avant la fin de l'évolution.

Ici, et ce n'est pas pour nous surprendre, les 3/4 des cas se présentent avec des lésions bilatérales diffuses et largement ou abondamment excavées.

Notons cependant que pour 1/4 des cas environ, même après des retards d'examen de 4, 6 et 8 mois, les lésions sont plus ou moins unilatérales. Mais si, ici encore, les lésions sont rarement strictement unilatérales, il semble qu'elles soient plus évoluées que celles du groupe précédent (on trouve par exemple chez Mme L..., un côté droit sensiblement normal, mais à gauche, une très vaste cavité du sommet accompagnée d'autres cavités moins impor-

tantes, et d'opacités denses descendant jusqu'au diaphragme). De plus, elles coïncident souvent avec un état général grave, ne laissant l'espoir d'aucune possibilité d'action thérapeutique. Sur 12 malades présentant des lésions unilatérales, nous ne trouvons en effet que 4 créations ou tentatives de création de pneumothorax, et sans doute, la décision d'intervenir n'a-t-elle pas toujours été enlevée d'enthousiasme.

Signes cliniques dominants

Les signes fournis par l'examen pulmonaire clinique pratiqué au lit du malade ont été soigneusement notés dans chaque observation. Sans méconnaître leur valeur, nous ne nous y attarderons pas, car ils ne nous apprennent rien de particulier. Comme il était facile de le prévoir, la fréquence des lésions bilatérales diffuses très largement excavées va de pair avec la fréquence d'une grande richesse de signes stéthacoustiques. Chez nombre de malades l'examen radiologique eût été inutile pour affirmer l'existence d'une caverne. Mais nous trouvons naturellement aussi des lésions très importantes qui ne s'accompagnent que d'une auscultation relativement discrète. Nous n'avons pas à y insister.

Nous aurons surtout en vue les signes principaux sur lesquels on peut se baser pour apprécier la marche évolutive de la maladie, à savoir : la bacilloscopie, la courbe thermique et la courbe pondérale.

Éliminons tout d'abord *la bacilloscopie* qui, toujours positive lors du premier examen (ou très peu après), restera toujours positive dans tous nos cas, aux différents examens répétés durant l'évolution.

En ce qui concerne *les courbes thermiques*, nous n'avons pas reconnu de type particulièrement fréquent au cours des évolutions d'une seule tenue. C'est la diversité et l'irrégularité qui priment. Néanmoins, certaines courbes présentent une évolution caractéristique :

— Dans l'observation n° 2, la courbe thermique s'étale sur plus de 9 mois et garde toujours une allure oscillante, présentant de grandes, puis de très

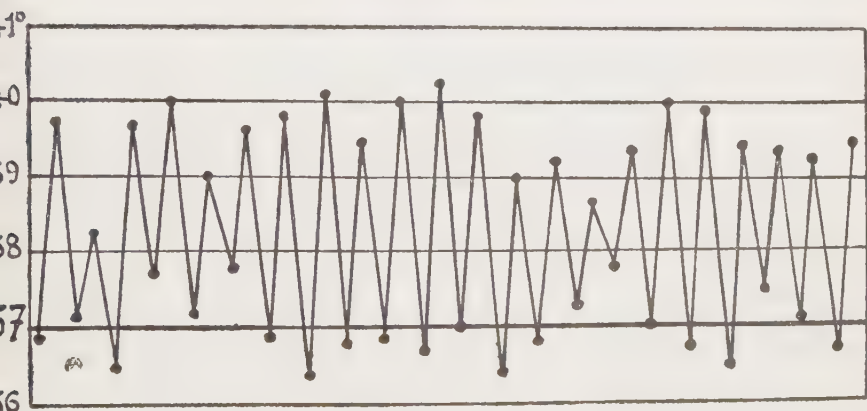


FIGURE 1

grandes oscillations, réalisant le type intermittent, puis le type rémittent (fig. 1, extrait de la courbe 4 mois avant le décès). Ce n'est que dans les der-

nières semaines que la température devient irrégulière, désordonnée.

— Chez Mme P... M... (observation n° 5), pendant 4 mois, la courbe se maintient sensiblement entre 37°5 et 38°5, à cheval sur la ligne de 38°, avec de

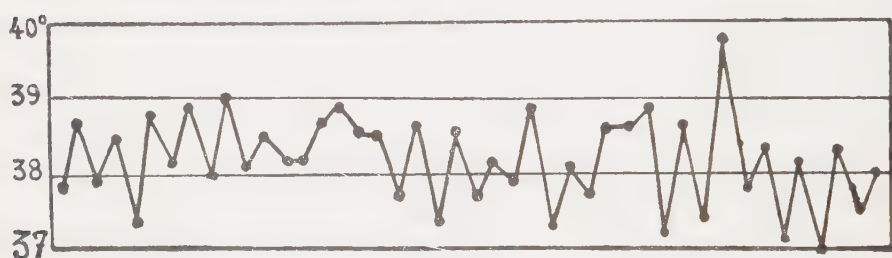


FIGURE 2

temps en temps seulement un clocher à 39°5 à 40° (fig. 2). Elle persistera ainsi jusqu'au décès.

— L'observation n° 7, dont la courbe thermique s'étend sur plus de 6 mois, montre non plus un type unique, mais une modification progressive de l'allure

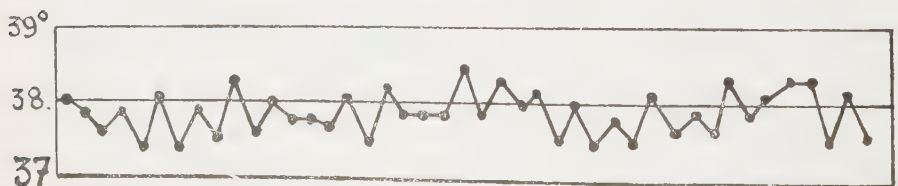


FIGURE 3

de la courbe. Dans une première période la fièvre est relativement discrète, se maintenant autour de 38°, sans dépasser 38°2-38°4 (fig. 3). Quelques mois

après elle est irrégulière, évoluant sans systématization entre 39° et 40° , présentant quelques clochers aux abords de 41° et de grandes rémissions de 3 et

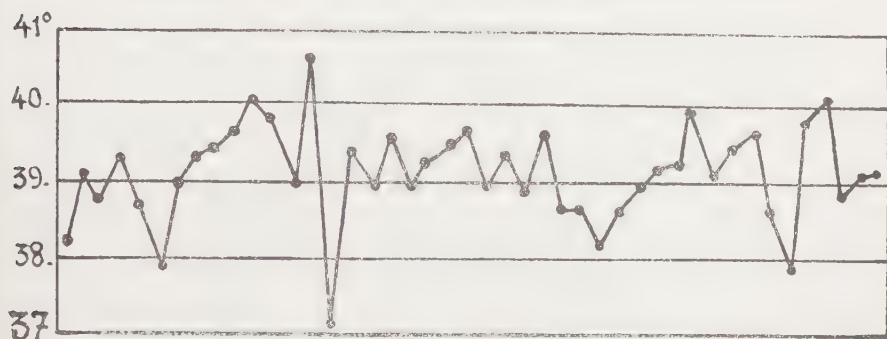


FIGURE 4

même 4 degrés (fig. 4). Puis dans la période terminale, la température vespérale reste près de 39° ,

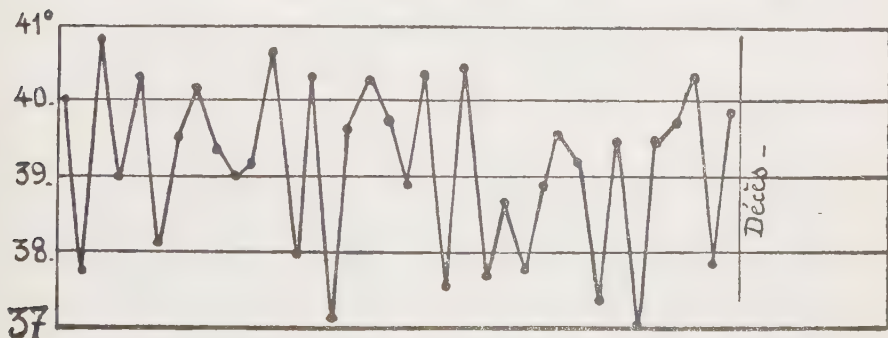


FIGURE 5

tandis que de grandes rémissions matinales descendent à $36^{\circ}5$ et même 36° (fig. 5).

— L'observation n° 3 nous fournit enfin l'exemple de la température la plus fréquente. C'est la courbe



FIGURE 6

désordonnée, désarticulée, sans aucune apparence de systématisation, évoluant entre $37^{\circ}5-38^{\circ}$ et $39^{\circ}5-40^{\circ}$ (fig. 6).

Ces différentes courbes sont bien celles que l'on peut observer au cours des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique, poussées évolutives si bien étudiées par F. Bezançon et H. de Serbonnes.

Si les courbes irrégulières nous ont semblé les plus fréquentes, les courbes oscillantes, ou à tendances oscillantes, ont été souvent remarquées. Notons enfin que des malades, dont l'état général se semblait plus faire les frais de l'affection, présentaient une température à peine dénivelée et presque subfébrile.

Ce que nous voulons surtout retenir, c'est la *constance* de la fièvre.

Dans tous nos cas, à partir du premier examen (et pour beaucoup souvent même bien avant), nos ma-

lades ont toujours été fébriles. Toujours, sans aucune rémission, même apparente, leur température s'est maintenue au-dessus de la normale. Et si dans certains cas elle s'est, pour ainsi dire, stabilisée à un certain niveau, dans les autres cas elle est devenue plus dénivelée, plus oscillante ou plus irrégulière.

Pour ce qui est *du poids*, nos constatations sont parallèles.

L'amaigrissement est toujours continu et progressif et, s'il peut s'abaisser plus ou moins rapidement, se stabiliser momentanément parfois, le poids ne remonte jamais. Nous notons des amaigrissements massifs dès le début, brutaux, nous en trouvons qui ont mis des mois pour atteindre un chiffre impressionnant, mais toujours, même chez les malades qui ont été suivies 6 et 8 mois, nous constatons une baisse progressive du poids (observations n^{os} 2, 3, 7, 10, 11...).

COMPLICATIONS

Les complications ne sont pas particulièrement fréquentes au cours des évolutions d'une seule tenue, nous dirons même qu'elles sont rares, puisque sur nos 77 cas nous n'avons trouvé que 15 fois des complications.

Les localisations laryngées et intestinales sont les plus souvent observées :

6 cas de laryngite (observations n^{os} 2 et 11) ;

4 cas de localisations intestinales.

Exceptionnelles sont les autres localisations :

1 cas d'arthrite tuberculeuse, coïncidant d'ailleurs avec une laryngite.

Nous avons noté encore :

1 pneumothorax spontané ;

1 perforation au cours d'un pneumothorax artificiel.

Chez une seule malade enfin, des adénites bacillaires très anciennes coïncidaient avec une évolution d'une seule tenue (obs. n° 28).

MODE DE TERMINAISON

Il est le plus souvent banal, ne différant en rien de celui de la dernière poussée d'une phtisie commune. C'est l'agonie lente du phtisique cachectique qui s'éteint lentement sans qu'on ne puisse rien noter de particulier, ou qui, en proie à une dyspnée de plus en plus angoissante, meurt en asphyxie.

Un cas présentait des œdèmes cachectiques. Une malade fut emportée par une hémoptysie. Chez trois malades enfin, des signes de localisations méningées sont apparus quelques jours avant la mort.

Evolution

Nous avons vu au paragraphe des signes cliniques principaux que nos malades présentaient toujours à partir du début apparent de leur affection, une bacilloscopie positive, une température constamment fébrile, un amaigrissement progressif. Il n'en faut pas plus pour affirmer qu'ils étaient en poussée évolutive

et en poussée évolutive ininterrompue jusqu'à la mort.

C'est là la caractéristique essentielle de nos observations, celle qui nous sert à fonder, comme nous l'avons annoncé dès l'introduction, l'appellation d' « évolutions d'une seule tenue ». Elle se trouve donc suffisamment justifiée par cette courte étude clinique.

Envisageons maintenant la durée de ces évolutions d'une seule tenue. Nous ne nous dissimulons pas tout ce que peut avoir d'approximatif l'appréciation de la durée de ces évolutions. Bien que nous connaissions avec exactitude (sauf pour quelques malades sorties en état désespéré) l'un des termes de cette durée, nous avons dit toute l'incertitude qui entourait l'appréciation du début apparent, surtout dans les cas, de beaucoup les plus nombreux, où ce début s'est fait progressivement.

Les chiffres nous permettront néanmoins des comparaisons. Parmi les 71 évolutions apparentes connues, nous avons trouvé les durées suivantes :

Jusqu'à 6 mois (de 4 à 6 mois) : 32 cas, soit 45 %.

De 7 à 10 mois : 19 cas, soit 26 %.

Au-dessus de 10 mois (16 mois au plus) : 28 cas, soit 28 %.

La première catégorie comprend, comme nous le verrons plus loin, des cas de phtisie galopante, mais ce ne sont pas les plus fréquents. Bien qu'ayant évolué dans les mêmes délais, beaucoup d'autres malades n'ont pas présenté l'allure grave qui aurait

pu les rapprocher des formes aiguës de la maladie. Nous pensons d'ailleurs que les chiffres d'évolution rapportés à leur sujet sont le plus souvent en-dessous de la réalité et qu'un certain nombre d'entre elles devraient rentrer dans la catégorie suivante.

INFLUENCE DU TRAITEMENT

Nous avons noté que l'indication d'un pneumothorax artificiel avait été posée chez 11 de nos malades, parmi lesquelles 7 seulement ont bénéficié de l'essai de cette thérapeutique active (2 cas de création impossible, et 2 cas de création refusée).

Parmi ces 7 pneumothorax créés, 4 l'ont été peu après l'examen révélateur :

— Observation n° 7, pneumothorax avec assez bon décollement, complété même par une section de brides (partielle, il est vrai), longtemps entretenu, et toujours resté inefficace.

— Observation n° 1, pneumothorax institué immédiatement après une hémoptysie ; décollement paraissant satisfaisant, mais apparition rapide d'une bilatéralisation étendue.

— Chez Mme S..., pneumothorax paraissant assez satisfaisant, mais vite abandonné par la malade ; il est repris ensuite tardivement lors d'une nouvelle hospitalisation et se complique d'une perforation fatale.

— Chez Mme P... L..., pneumothorax avec assez bon décollement, mais apparition précoce de liquide, coïncidant avec une aggravation rapide.

Les trois autres pneumothorax, créés deux ou quatre mois après le premier examen, n'ont pas eu d'influence plus favorable sur l'évolution inexorable de la maladie.

Deux malades ont été soumises à la seule cure sanatoriale sans en retirer le moindre bénéfice.

Quelques-unes ont reçu des injections de sels d'or, le plus souvent tôt arrêtées pour intolérance ; et dans certains cas, certainement appliquées à titre philanthropique.

La définition même de nos cas nous interdisait un succès thérapeutique durable. Nous constatons malheureusement qu'aucune amélioration, même passagère n'a été obtenue dans les rares cas qui ont fait l'objet d'une tentative thérapeutique.

*
**

Après ce découpage de nos observations, cherchons à préciser les caractères principaux des évolutions d'une seule tenue.

Ce sont des formes de tuberculose pulmonaire qui peuvent s'observer à tout âge, depuis la grande enfance jusqu'à un âge avancé, mais qui se rencontrent le plus souvent entre 20 et 40 ans et sont même particulièrement fréquentes entre 20 et 30 ans.

Dès le début, et dans une grande proportion sans

doute (le dépistage tardif de la majorité des cas ne permet pas de donner une évaluation de nombre), elles présentent des lésions radiologiques étendues et même très étendues, le plus souvent bilatérales et excavées, qui s'accompagnent toujours d'une bacilloscopie positive.

Elles sont constamment évolutives à partir de l'apparition des premiers signes cliniques révélateurs et se terminent toujours par la mort, dans un délai qui peut varier de 3 à 16 mois. Elles ne présentent donc qu'une seule poussée évolutive initiale et terminale caractérisée principalement par la constance de l'expectoration bacillifère, la constance d'une température fébrile soutenue, la constance d'une chute de poids progressive.

Les complications y sont rares. Le mode de terminaison est le plus souvent banal. Les rares tentatives thérapeutiques n'ont jamais la moindre influence sur l'évolution de la maladie.

Si les caractères principaux de nos observations se trouvent bien résumés dans ces lignes, nos cas n'en présentent pas moins une allure clinique souvent très différente.

Reportons-nous aux observations citées en tête de ce chapitre. Les premières (n^{os} 1 à 5) se rapprochent par le caractère de gravité qu'elles présentent dès leur apparition. Les lésions radiologiques sont le plus souvent très importantes. Sinon, c'est l'état général qui frappe et semble en désaccord avec elles à cause de l'impression de gravité qu'il donne. Le

début peut être aigu et l'évolution se poursuivre rapidement avec une température très élevée et une allure d'intoxication. Les hémoptysies peuvent se répéter, suivies d'une généralisation rapide des lésions pulmonaires. Une laryngite peut sembler fixer le début de l'évolution.

Donc, ces formes elles-mêmes constituent un groupe hétérogène puisqu'il en est qui évoluent rapidement en 3 à 6 mois, avec une allure aiguë, tandis que d'autres s'attardent jusqu'à 12 mois avant d'aboutir à la mort.

Nous les réunirons néanmoins sous l'appellation de « graves d'emblée ». Dans un article sur la curabilité de la tuberculose à son début, Ameuille fait allusion à ces formes : « Il y a donc des tubercules qui sont, dès leur début, étendues et destructives, et corrélativement graves ; il y a des tubercules graves d'emblée. »

Le deuxième groupe des évolutions d'une seule tenue, de beaucoup le plus important, comprend tous les cas qui n'ont pas donné dès le début une impression de gravité particulière. Nous dirions volontiers qu'ils se présentaient comme la plupart des cas de tuberculose pulmonaire chronique et que, si nous les avions observés alors, rien ne nous aurait permis de penser que leur évolution se ferait sans aucune rémission. Parmi ces cas, les uns prendront assez tôt une allure grave et marcheront rapidement vers la mort ; d'autres, et ils ne sont pas rares, s'aggraveront lentement et dureront 12 à 13 mois, sem-

blables en tous points aux cas de tuberculose pulmonaire chronique arrivés au terme de leur évolution après plusieurs années de maladie et plusieurs poussées successives.

Résumons-nous en disant que les évolutions d'une seule tenue comprennent des formes graves d'emblée et des formes d'apparence banale, dont la gravité ne sera justifiée que par le mode d'évolution.

Où classerons-nous les évolutions d'une seule tenue parmi les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire ?

Nous pensons que parmi les graves d'emblée il est des cas à allure aiguë qui ne se différencient en rien des cas décrits par les classiques sous le nom de phtisie galopante (expression qui a à peu près complètement disparu de la terminologie phtisio-logique actuelle). Que pensent en effet les classiques à ce sujet ?

La phtisie galopante est une phtisie ulcéreuse qui brûle les étapes, disent Grancher et Hutinel. Dans le traité de Charcot et Bouchard, nous lisons : « La phtisie galopante est le propre des adolescents à l'âge de la croissance... Elle débute souvent brusquement comme une broncho-pneumonie aiguë et l'état général et les signes locaux portent à penser qu'il s'agit en effet d'une broncho-pneumonie simple... Dans tous les cas, la marche de l'affection est très rapide ; elle dure de 3 à 6 mois... »

Dans le traité de Pathologie Médicale de Sergent,

nous relevons : « La tuberculose aiguë caséuse à forme broncho-pneumonique (phtisie galopante) est la plus grave de toutes les formes, sa diffusion initiale, sa tendance innée à l'extension, l'obscurité et le manque de netteté de son début rendent la lutte contre elle toujours trop tardive et souvent impossible, la mort est la terminaison habituelle en deux ou six mois. »

Enfin, Bard dit à propos de la forme qu'il appelle « caséuse extensive » : «... l'évolution répond assez bien aux cas qu'on a décrits sous le nom de phtisie galopante ; la durée atteint quelques mois, mais ne dépasse guère ce délai. » Et il distingue des formes caséuses lentement, moyennement et rapidement extensives.

A l'opposé de ces cas analogues aux phtisies galopantes, se situent les évolutions d'une seule tenue qui, par l'allure clinique, ne se différencieraient pas des tuberculoses pulmonaires banales, n'était la continuité de l'évolution et la courte durée de cette évolution. (La durée moyenne des tuberculoses chroniques est généralement évaluée à 3 ans, et donc très au-dessus de la durée d'évolution de nos cas.) Nous lisons dans l'un des traités classiques précédemment cité (Sergent) : « Les tuberculoses pulmonaires chroniques procèdent ordinairement par poussées successives séparées par des périodes d'apyrexie et de torpidité tantôt très marquées, tantôt ébauchées... Certaines tuberculoses chroniques ont quelquefois une marche qui les rapproche plus ou moins des tu-

berculoses aiguës et il n'existe pas de frontières nettes entre ces deux catégories de formes que relie des cas intermédiaires. »

Nous pensons précisément que les évolutions d'une seule tenue constituent ces cas intermédiaires qui, d'un côté, empiètent sur les formes aiguës, et de l'autre frôlent les formes chroniques.

CHAPITRE II

ETUDE MEDICO-SOCIALE

Nous nous proposons maintenant de rechercher avec quelle fréquence et quelles modalités les différents facteurs aggravants, les plus généralement admis, se rencontrent dans les évolutions d'une seule tenue.

Ici encore, pour donner d'abord une vue d'ensemble sur les observations (et aussi pour que l'on puisse les retrouver facilement, car nous devons à plusieurs reprises renvoyer à la même observation), nous reproduirons d'abord celles que nous voulons citer *in extenso* :

Obs. 14. — Mme R... M..., 24 ans, Bretonne, ayant toujours habité la campagne, est venue à Paris depuis un an seulement. Elle fait des ménages et travaille d'autant plus que son mari est au chômage. Si les conditions de logement sont satisfaisantes, l'alimentation, par contre, laisse à désirer.

Au cours du mois de *décembre* 1937, la malade se plaint d'être anormalement fatiguée et de maigrir. En janvier, la toux et l'expectoration apparaissent. Des soucis moraux viennent s'y ajouter. Tous les troubles

qui s'accroissent de plus en plus obligent finalement la malade à consulter à Necker le 28 avril, donc 4 mois environ après l'apparition des premiers signes. Bacilloscopie et examen radiologique sont des plus édifiants.

La malade entre à la Salpêtrière le 2 mai 1937, cachectique, avec une fièvre à 39°. Les lésions radiologiques sont bilatérales et diffuses, multi-excavées à gauche, tandis que le sommet droit est largement évidé.

Quelques jours après son arrivée, le 7 mai 1938, la malade fait une hémoptysie et meurt.

L'évolution apparente peut être évaluée à 5 ou 6 mois.

Obs. 15. — Mlle B... M..., 32 ans, cuisinière, originaire de la Côte-d'Or, mais placée à Paris depuis 1927, fait partie d'une grande famille de tuberculeux. Son père et sa mère sont morts respectivement à 33 et 36 ans, de tuberculose pulmonaire ; l'aîné de ses trois frères est atteint de tuberculose pulmonaire.

C'est au mois d'août 1936, qu'elle aurait commencé à tousser et à perdre du poids. Du 1^{er} au 15 septembre, elle part en vacances dans le Loir-et-Cher, mais elle se sent toujours souffrante et la toux persiste. On la traite pour « bronchite ».

En octobre, elle essaye de reprendre son travail, mais la fatigue et l'amaigrissement s'accroissent, tandis qu'elle se sent fébrile à la fin de la journée.

En raison de l'aggravation de son état, elle est adressée par son médecin à la Salpêtrière, où elle entre le 30 novembre. Elle pèse maintenant 41 kilos (au lieu de 51 kilos en bonne santé) et sa température, très irrégulière, se maintient entre 38° et 39°.

Le premier examen radiologique (4 mois après l'apparition des premiers signes) montre des pommelures

denses, sans doute excavées, couvrant les deux champs pulmonaires.

Le décès survient le 16 *décembre* 1936, après une évolution apparente de 5 mois.

Obs. 16. — Mlle B... M..., 27 ans, ayant quitté le pays à 18 ans, est manutentionnaire en usine. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 41 ans.

En *juillet* 1935, elle subit une appendicectomie. La convalescence est traînante, une fatigue anormale persiste, la malade commence à tousser et maigrit. En septembre, elle essaye néanmoins de reprendre son travail, mais la fatigue et l'amaigrissement s'accroissent. En novembre elle se plaint de douleurs thoraciques. Le mois suivant, les quintes de toux deviennent plus fréquentes et s'accompagnent d'une expectoration abondante. Elle interrompt son travail en janvier, essaye ensuite encore de le reprendre, mais doit s'arrêter définitivement et consulte à Necker le 29 février 1936.

Le premier examen radiologique fait alors, soit 7 *mois* environ après les premiers signes cliniques, montre des lésions bilatérales diffuses excavées, prédominant du côté droit. La bacilloscopie est positive.

La malade d'abord hospitalisée à Laënnec, où elle a présenté une petite hémoptysie, entre à la Salpêtrière le 17 mars.

Son poids est de 20 kilos inférieur à ce qu'il était en temps normal. La température oscille entre 38° et 39°, atteignant rarement 40°. La dyspnée s'accroît. Quelques brusques chutes de température précèdent le décès qui survient le 1^{er} *juin* 1936, après une évolution apparente de 10 *mois*.

Obs. 17. — Mlle G... O..., 26 ans, vendeuse, originaire de la Haute-Savoie, mais ayant toujours habité Paris, a perdu sa mère de tuberculose pulmonaire en 1934, après l'avoir soignée pendant longtemps.

A la suite de ce décès, la malade travaille chez elle le soir en plus de son labeur quotidien, ajoutant cette fatigue supplémentaire aux multiples autres causes de dépression. Néanmoins, elle n'accuse aucun trouble jusqu'en *janvier* 1936, époque à laquelle elle fait une angine banale. La toux apparaît. Malgré la fatigue et l'amaigrissement, la malade continue son travail. Mais l'apparition d'expectoration et l'accentuation des symptômes précédents la poussent à consulter en mai, sans qu'il soit procédé à un examen radiologique.

Elle est obligée de cesser définitivement son travail le 10 juin et consulte alors à l'hôpital Necker.

Bacilloscopie positive, lésions radiologiques multi-excavées et bilatérales, tel est le bilan trop fructueux de ce premier examen complet (5 1/2 à 6 mois après l'apparition des premiers signes cliniques).

Le 24 juin, elle entre à la Salpêtrière. Elle y séjournera près de 8 mois sans qu'aucune rémission, ni aucune atténuation ne surviennent. La température oscille constamment entre 37°5 et 39°5, l'amaigrissement s'accroît progressivement (5 kg. de juin à janvier).

La malade succombe le 13 *février* 1937, après une évolution apparente de 13 *mois*.

Obs. 18. — Mlle H... P..., 14 ans, originaire de Seine-et-Oise, vivait avec sa grand'mère, partageant sa couche. Or on découvre, en janvier 1936, que cette grand'mère est atteinte de tuberculose pulmonaire évolutive grave. L'enfant subit au dispensaire un *premier exa-*

men radiologique qui se montre *négatif* et doit être renouvelé 6 mois plus tard.

La grand'mère meurt au mois de mars, et l'enfant, qui est toujours restée près d'elle, est recueillie par une tante. Cette dernière la trouvant fatiguée et l'entendant tousser fréquemment, la conduit à nouveau au dispensaire. Voici le résultat de ce deuxième examen radiologique, pratiqué 2 *mois* environ après le précédent : à gauche, sommet gris, taches multiples sous-claviculaires allant jusqu'à la partie moyenne, cul-de-sac s'éclairant mal, hile élargi ; à droite, sommet nuageux (géode), ombres multiples sous-claviculaires. La bacilloscopie est positive.

L'enfant est hospitalisée à la Salpêtrière le 10 avril 1936. Elle est peu développée pour son âge et n'a pas encore été réglée. Le facies et les extrémités sont cyanosés. La température oscille très largement entre 36°5 et 39°. Elle deviendra ensuite très irrégulière. Le poids, qui est à 37 kilos (en baisse de 3 kg. depuis un mois), tombe à 33 kilos le mois suivant. On note une cuti très faiblement positive.

Le cliché du 11 avril montre une extension des lésions qui sont maintenant très largement excavées.

L'aggravation se poursuit rapide et inexorable jusqu'au 30 *juin* 1936. L'évolution a duré 4 *mois*, revêtant l'aspect classique de la phtisie galopante.

Obs. 19. — Mlle B... L..., 30 ans, blanchisseuse, originaire de la Corrèze, fixée à Paris depuis 1925, vivait avec un ami qui fut traité pendant deux ans pour tuberculose pulmonaire et mourut de cette affection en novembre 1936. C'est avant son décès que la malade fut examinée pour la première fois au dispensaire de Boulogne (examen prophylactique) le 20 *juillet* 1936.

Le compte rendu de cet examen radiologique mentionne : nodules disséminés dans tout le poumon gauche avec cavité ; petite condensation sous-claviculaire droite. Un examen de crachats est négatif. La malade, d'ailleurs, ne se représente pas et, faisant fi des conseils qui lui sont donnés, continue à travailler. Elle doit s'arrêter définitivement en octobre 1936 pour se faire hospitaliser, et entre à la Salpêtrière le 18 décembre 1936. Elle y séjournera jusqu'au 19 octobre 1937, date à laquelle elle sortira sur sa demande, en état désespéré.

Pendant ces dix mois, son état ne cesse de décliner : amaigrissement continu, fièvre persistante devenant oscillante, pâleur, anémie, extension et excavation des lésions radiologiques.

Donc évolution apparente de plus de 15 *mois*, prolongée mais continue et sans aucune rémission.

Obs. 20. — Mme Ch... A..., 20 ans, sans profession, a perdu son mari, après 6 mois de vie conjugale, d'une pleurésie purulente tuberculeuse.

Trois mois après ce décès, en août 1937, elle aurait remarqué l'apparition des premiers signes de la maladie actuelle. Elle est alors enceinte de 8 mois. Elle consulte précocement au dispensaire de Champigny. On trouve des bacilles de Koch dans l'expectoration et l'examen radiologique montre des lésions excavées du sommet gauche et une très légère infiltration sous-claviculaire droite. La malade refuse le pneumothorax artificiel qui lui est alors proposé.

Le 22 septembre 1937, elle accouche normalement à la Pitié et quitte l'hôpital le 2 octobre. Mais elle doit y revenir quinze jours plus tard, ne pouvant plus rester à la maison sans soins.

Elle arrive à la Salpêtrière le 22 octobre, en très mauvais état général. Les signes radiologiques sont bilatéraux et diffus. Une diarrhée rebelle s'installe. L'aggravation se poursuit rapidement ; la température est irrégulière avec de grands clochers à 40° et plus.

On note une réaction méningée précédant de peu le décès qui survient le 26 *novembre* 1937, après une évolution apparente de 4 *mois*.

Obs. 21. — Mme B... S..., 28 ans, dont la mère serait atteinte de bronchite chronique (?), a deux enfants : un garçon de 6 ans, hospitalisé aux Enfants-Malades, et une fille de 7 ans, qui présente des lésions pulmonaires. C'est en conduisant ses enfants au dispensaire, sur l'avis du médecin des écoles, que la mère fut examinée pour la première fois en *janvier* 1938. Son état est d'ailleurs inquiétant et la radioscopie montre des lésions bilatérales diffuses.

Elle sera hospitalisée d'urgence à Laënnec.

Bien que fortuit, ce premier examen ne peut être considéré comme proche du début apparent de la maladie. Ce début apparent est d'ailleurs bien difficile à préciser. Il semble que depuis plusieurs années des circonstances sans doute favorables à la maladie s'accumulent contre cette femme : soucis moraux, soucis matériels, chômage du mari, obligation de changer de domicile pour vivre dans des conditions insalubres, sous-alimentation enfin. Et déjà depuis plusieurs mois elle était fébrile, maigrissait, se sentait de plus en plus fatiguée et toussait.

Elle entre à la Salpêtrière le 1^{er} février 1938, avec un état général très médiocre. L'amaigrissement, déjà considérable, s'accroît encore, la température d'abord irrégulière aux abords de 39°, devient de plus en plus oscil-

lante. Les lésions radiologiques sont diffuses et multi-excavées.

Le décès survient le 27 *avril* 1938, après une évolution apparente bien difficile à délimiter.

Obs. 22. — Mme C... R..., 22 ans, ayant toujours vécu en banlieue, est sténo-dactylo depuis l'âge de 14 ans. Son père a fait une tuberculose génitale, une tante paternelle a été soignée pour tuberculose pulmonaire.

C'est une petite femme d'aspect malingre, au facies d'hérédo-syphilitique.

Elle fait une fausse couche de deux mois en 1914, et deux ans plus tard en 1936, accouche prématurément à l'hôpital d'un enfant qui meurt rapidement. Un mois après elle quitte la maternité, revenant quelquefois pour recevoir des injections de mercure et d'arsenic qu'elle abandonne d'ailleurs rapidement.

Elle reste à la maison, s'occupant des soins du ménage, mais se fatigue de plus en plus facilement et commence à tousser un peu.

Puis pendant 3 mois elle soigne sa mère qui, d'abord traitée pour une affection digestive, est reconnue bacillaire et soignée par pneumothorax.

Notre malade, déjà affaiblie auparavant, voit son état s'aggraver rapidement. Elle tousse de plus en plus, commence à cracher et perd complètement l'appétit. Les sueurs nocturnes sont abondantes, l'amaigrissement progresse.

Mais de peur de quitter son foyer pour l'hôpital, elle repousse le plus possible l'examen médical. C'est seulement le 20 janvier 1937, cédant aux instances de son entourage, qu'elle subit le premier examen radiologique (donc avec un retard de 4 à 5 *mois*). On aurait trouvé alors des taches sur les deux champs pulmonaires. La

bacilloscopie est positive. La malade refuse de se faire hospitaliser, reste à la maison. Elle reçoit une seule injection de crisalbine.

La température est déjà oscillante, atteignant 39°. Tous les symptômes s'accusent, l'amaigrissement progresse.

Néanmoins la malade n'entre à l'hôpital que le 14 avril, en état cachectique, ayant perdu 7 kilos. La température se maintient aux abords de 39°-40°. Depuis deux mois les règles manquent.

La radiographie montre des lésions bilatérales diffuses multi-excavées.

L'aggravation se poursuit rapidement ; des chutes brutales de température (de 40° à 36 et 35°) et une dyspnée progressivement croissante annoncent la mort, qui survient le 30 mai 1937.

L'évolution apparente peut être approximativement évaluée à 9 mois.

Obs. 23. — Mme S... J..., 30 ans, sans profession, dont le père et le mari sont des tousseurs et des cracheurs habituels, a perdu un enfant en bas âge. L'un des quatre qui lui restent est soigné pour tuberculose pulmonaire.

C'est environ au sixième mois de sa sixième grossesse, en juin 1936, qu'elle commence à tousser et se sent anormalement fatiguée.

L'accouchement a lieu le 18 septembre. Les suites sont normales et la malade rentre chez elle. Mais la fatigue s'accuse rapidement, la fièvre s'allume ; elle doit se faire hospitaliser.

C'est donc 3 semaines après l'accouchement et 3 à 4 mois après l'apparition des premiers symptômes, que l'on pratique le premier examen radiologique dont voici

le compte rendu : opacités plus ou moins confluentes des deux tiers supérieurs de l'hémithorax gauche avec vaste géode sous-claviculaire ; opacités du tiers supérieur de l'hémithorax droit. La bacilloscopie est positive.

La malade entre à la Salpêtrière le 13 octobre 1936, très asthénisée, toussant beaucoup. La fièvre se maintient à 39°-40°.

Peu après on note l'apparition d'un érythème noueux.

L'aggravation se poursuit rapidement et la malade meurt le 6 décembre 1936, après une évolution apparente de 6 à 7 mois.

Obs. 24. — Mme B... C..., 24 ans, foraine, fait remonter les premiers symptômes de sa maladie au mois d'octobre 1935, alors même qu'elle commence une grossesse. Elle ne veut d'ailleurs pas s'en inquiéter, même s'ils s'accroissent et s'accompagnent d'une perte importante de poids.

Le 14 juin 1936, elle accouche normalement à La Rochelle. Mais trois semaines après, devant la gravité de son état, elle consulte. Elle est hospitalisée à Saint-Nazaire où les premiers examens sont pratiqués, ne laissant aucun doute sur la gravité du cas.

Puis la malade est successivement hospitalisée à Beaujon et à la Salpêtrière, où elle entre le 3 septembre 1936 en état cachectique et très dyspnéique.

La radiographie montre des lésions bilatérales diffuses très largement excavées. La température est peu élevée, se maintenant entre 37°-37°8-38°.

La dyspnée augmente et la malade meurt, en asphyxie, le 22 septembre 1936, après une évolution apparente de 11 mois.

Obs. 25. — Mme S... Y..., 41 ans, lingère, a mis au monde huit enfants. A plusieurs reprises elle a présenté après ses accouchements des crises de pyélonéphrite à colibacilles qui s'amendaient rapidement. Mais après le huitième accouchement (datant du 6 février 1936), elle a fait une crise de pyélonéphrite plus sévère et persistante. Elle passe 4 mois à la campagne mais revient sans amélioration notable, plutôt même avec un état général moins satisfaisant. Elle maigrit et commence à tousser un peu. De plus son mari, tailleur de pierre, tombe au chômage. Il est donc inutile d'insister sur les soucis moraux et matériels qui incombent à cette mère de famille. Elle est complètement démoralisée. Son état s'aggrave. Ses urines demeurant purulentes, on l'hospitalise dans un service d'urologie. On envisagerait une intervention si l'état général le permettait. Mais à l'occasion d'un examen complet on trouve de grosses lésions radiologiques. La bacilloscopie est positive.

La malade est dirigée sur la Salpêtrière, où elle entre le 17 novembre, avec un état général très médiocre, une température oscillant entre 37° et 39°, parfois même 40°. Le poids a diminué de 9 kilos depuis le mois d'avril, et baissera encore de 5 kilos en deux mois. La radiographie montre des lésions bilatérales diffuses, excavées, avec un évidement complet du sommet droit.

Le décès survient le 29 janvier 1937, après une évolution apparente de 8 à 10 mois.

Obs. 26. — Mme B., M..., 27 ans, femme de ménage, originaire de la Haute-Vienne, habite Paris depuis l'âge de 11 ans.

Elle fait une fausse couche de deux mois en janvier 1936, sort de l'hôpital très fatiguée, mais reprend néan-

moins son travail. Une toux persistante l'incite à consulter en *mars*. Elle reçoit quelques potions.

En avril, elle est de nouveau enceinte et continue toujours ses ménages, malgré l'aggravation de son état. L'expectoration s'accroît, devenant même parfois sanglante.

En juin 1936, trop fatiguée, elle consulte au dispensaire, sans révéler d'ailleurs sa grossesse. A la suite de cet examen (fait 5 à 6 mois après l'apparition des premiers symptômes), elle est proposée pour une cure sanatoriale.

On ne la garde que 3 semaines en sanatorium et la dirige sur la Salpêtrière où elle entre le 8 octobre 1936. Elle est alors enceinte de 6 mois environ.

Son état est grave : lésions bilatérales diffuses, température désordonnée entre 37° et 39°5, tendance hémoptoïque. Il se complique encore d'une laryngite.

Elle est passée en maternité et, le 12 novembre 1936, accouche prématurément d'un enfant qui meurt peu après.

Elle-même succombera bientôt, après une évolution apparente de 8 à 9 mois.

Obs. 27. — Mme H... H..., 20 ans, originaire de Seine-Inférieure, a d'abord vécu à la campagne jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle est ensuite placée successivement au Havre, à Rouen, de nouveau à la campagne et arrive à Paris, comme bonne, à l'âge de 18 ans. Un an après elle s'engage comme téléphoniste dans une brasserie travaillant en sous-sol de midi à minuit dans des conditions défectueuses.

Un an après environ, en *septembre* 1936, et peu après son mariage, elle est soignée pour « bronchite » avec fièvre, toux, point de côté. Elle reprend bientôt son

travail, mais la toux persiste, une fatigue anormale s'accroît, une perte de poids s'accuse. Néanmoins les mois passent et ce n'est qu'au début de mai 1937 qu'elle est adressée au dispensaire Léon-Bourgeois, en raison de l'aggravation de son état.

Le premier examen radiologique est donc pratiqué 7 à 8 mois après le début apparent de la maladie. On note alors : fines taches et marbrures, aspects aréolaires sur les deux champs pulmonaires. La bacilloscopie est positive.

Hospitalisée d'abord à Laënnec, la malade est passée à la Salpêtrière le 4 juin. La température persiste irrégulière, entre 37°5 et 39°5, les lésions radiologiques s'accroissent (on note de multiples excavations). Quand la malade quitte le service, en état désespéré, le 22 octobre 1937, l'amaigrissement survenu depuis le début de son hospitalisation (soit 6 mois) atteint 10 kilos.

Obs. 28. — Mme T... J..., 37 ans, née à Quimper mais habitant Paris ou la banlieue depuis 20 ans, a exercé les professions diverses de tailleuse de pierres précieuses, ouvrière dans une usine de conserves alimentaires, plongeuse de restaurant et femme de ménage en maison bourgeoise. Elle est sans travail depuis 18 mois et vit seule dans des conditions assez précaires, logeant dans une chambre meublée peu engageante et se nourrissant certainement très peu. D'ailleurs elle ne s'inquiète nullement de sa santé.

Le début apparent de sa maladie est donc difficile à préciser. Il semble néanmoins que l'on puisse le fixer approximativement au mois de *mai* 1937.

En octobre, la malade fait une hémoptysie assez abondante, mais ne s'en inquiète pas et ne reçoit pas de soins.

A partir de ce moment, l'aggravation se poursuit rapidement. L'amaigrissement est intense, la malade a une toux pénible et éprouve souvent de violents frissons. L'asthénie est devenue telle que la malade, ne pouvant vraiment plus rester seule, consent à se laisser hospitaliser.

Elle entre à Beaujon le 13 novembre 1937, présentant à l'examen radiologique (5 à 6 mois après les premiers signes) des lésions bilatérales diffuses et largement excavées à droite. La bacilloscopie est positive.

Elle arrive à la Salpêtrière quelques jours plus tard. Elle est cachectique, sa voix est éteinte par une laryngite, sa température se maintient entre 38° et 39°5. L'examen pulmonaire est riche en symptômes.

Nous soulignerons que cette malade est la seule, parmi les cas que nous avons réunis, à présenter de nombreux ganglions calcifiés. Ils sont visibles sur la radiographie dans les régions axillaire et sus-claviculaire, où on les palpe d'ailleurs très aisément.

La cachexie augmente et la malade succombe le 19 décembre 1937, après une évolution apparente de 7 à 8 mois.

ORIGINE ETHNIQUE. TRANSPLANTATION

Voici pour les 59 cas, dont le lieu d'origine est connu avec certitude, les chiffres trouvés :

Malades originaires de Paris et de la région parisienne : 14, soit 24 % ;

Malades dont les origines sont diverses : 36, soit 61 % ;

Malades originaires de Bretagne : 9, soit 15 %.

(Sur ces 9 Bretonnes, 5 sont originaires du Finistère.)

Le point que nous désirons souligner, c'est le nombre élevé des sujets bretons parmi nos cas. Ceci n'est d'ailleurs pas pour nous surprendre puisque notre maître M. Etienne Bernard et S. Thieffry se sont attachés, dans une étude portant sur 500 malades passées par le service, à mettre en évidence la grande proportion des malades originaires de Bretagne, et particulièrement du département du Finistère. Ils ont trouvé en particulier que dans le service de tuberculeux de la Salpêtrière, le pourcentage des sujets bretons est supérieur de 140 pour 100 au même pourcentage relevé dans les services de non-tuberculeux.

Pour l'ensemble des malades de Rambuteau, la proportion des sujets bretons serait de 17 %. Si nous nous reportons à notre chiffre de 15 %, qui correspond aux évolutions graves, nous constatons que la proportion est à peu près la même pour les seules évolutions d'une seule tenue, que pour toutes les formes de tuberculoses observées dans le service.

La fréquence de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses chez les Bretons est d'ailleurs un fait bien connu.

La notion de *transplantation* doit-elle être souvent retenue parmi nos cas ? Nous ne le pensons pas, puisque sur les 59 cas précédents nous n'avons trouvé que 6 transplantations récentes (soit 10 %), 6 sujets (dont deux bretonnes) fixés à Paris depuis une année au plus et ayant toujours vécu à la campagne antérieurement (observation n° 2).

Nous savons d'ailleurs, et nous pouvons, là encore, nous appuyer sur le travail précédemment cité, avec quelles réserves il faut accueillir la notion de transplantation. N'a-t-on pas dit que même pour les « noirs » transplantés, les formes graves de tuberculose tiennent plus à des facteurs se rapportant à la race ou aux conditions sociales qu'à la transplantation proprement dite.

Volontiers nous insisterions davantage sur le changement de conditions sociales qui s'ajoute presque toujours à la transplantation. Plusieurs fois nous avons relevé le cas de jeunes filles ayant toujours vécu aux champs, venues directement se placer à Paris comme « bonnes à tout faire ». Même si la famille qui les emploie les entoure de conditions favorables, il est bien certain qu'il y a là pour elles un changement de vie considérable, de très nombreuses causes de fatigues, d'ennuis peut-être, des risques de fatigues venant s'ajouter à celles du travail, etc...

Antécédents familiaux

Mis à part les 4 cas dont les antécédents familiaux nous sont inconnus, nous avons trouvé :

— Antécédents familiaux certains : 20 cas sur 73, soit 27 % ;

— Antécédents familiaux suspects : 11 cas sur 73, soit 15 %.

Les 20 cas d'antécédents familiaux certains peuvent se décomposer ainsi :

— *Mort de 2 parents* (grand-parent, père, mère, frère, sœur) : 4 cas, dont :

— Mme B... G., 43 ans, qui a perdu son frère et une sœur de tuberculose pulmonaire ;

— Mme F... J., 20 ans, qui a perdu également son père et une sœur; cette dernière, d'une tuberculose à marche rapide ;

— Mme S... A.-M..., 37 ans, qui a perdu son père et sa mère de tuberculose pulmonaire et qui a une sœur atteinte de mal de Pott ;

— Observation n° 15.

— *Mort d'un parent* : 6 cas, dont :

— Observations n°s 1, 7, 16, 17, 18 ;

— et Mme R... E..., 28 ans, qui a perdu une sœur, morte à 20 ans d'une tuberculose à marche rapide. De plus, son mari a fait une évolution tuberculeuse actuellement stabilisée.

— *Mort du conjoint* : 6 cas, dont :

— Observations n°s 3, 19, 20 ;

— Mme Ch... M..., dont le mari, tuberculeux, est mort d'une hémoptysie foudroyante ;

— et Mme D... L..., qui a soigné pendant 8 mois son mari atteint de tuberculose pulmonaire avec laryngite.

— *Maladie d'un ou de plusieurs parents* : 4 cas, dont :

— Observation n°s 21, 22, 23 ;

— et la jeune M... S..., 12 ans, dont le père est soigné depuis 18 mois pour tuberculose pulmonaire.

— *Maladie du mari* : 1 cas,

— celui de Mme Ch.... A..., 25 ans, dont le mari est porteur d'un pneumothorax artificiel depuis 4 ans.

Retenons donc la grande fréquence des *tuberculozes familiales* parmi nos cas. Notons ces grandes familles de tuberculeux dont tous les membres, ou peu s'en faut, sont atteints de tuberculose pulmonaire et meurent le plus souvent assez tôt. Notons encore chez quelques malades le décès d'une sœur dont la maladie a évolué, elle aussi rapidement, comme dans les cas qui nous intéressent.

CONTAGE

Nous savons avec quelle modération et quelle extrême prudence il faut parler de contagion chez l'adulte. Sans doute est-il difficile de nier toute influence à un apport de bacilles abondant et prolongé, à la « surinfection exogène », mais quelle importance faut-il lui réserver ?

N'a-t-on pas été surpris de constater que, compte tenu du calcul des probabilités, les personnes vivant même longtemps au contact d'un conjoint tuberculeux, donc dans les meilleures conditions de contamination, ne fournissaient qu'un contingent restreint à la maladie ? Nous-même, sur nos 25 cas d'antécé-

dents familiaux certains, ne trouvons que 5 fois un mari mort de bacillose.

Nous citerons d'ailleurs à ce propos, ces lignes empruntées à Léon Bernard, et qui résument cette question beaucoup mieux que nous ne saurions le faire :

« Toutefois, il est un fait extrêmement important qu'il convient de mettre en lumière. Mon collègue et ami, le Docteur Rist, a observé que c'est le plus souvent longtemps après la mort du contaminateur que se déclare la tuberculose du conjoint. C'est qu'en vérité, cette dernière n'est pas la conséquence d'une contagion, elle traduit le réveil d'une tuberculose ancienne, résultant des cruelles conditions morales et sociales, si souvent consécutives à la mort du conjoint. Les fatigues de soins prolongés et assidus, les angoisses et tourments au cours de la maladie, le chagrin avec la perte du sommeil et de l'appétit qui suivent le décès, les répercussions financières, le changement de situation, le souci qui en dérive trop souvent, les difficultés, les privations les accompagnant, voilà autant de raisons qui déterminent la mort du conjoint. Cela est si vrai que ces facteurs moraux et sociaux s'exercent davantage sur la femme que sur l'homme ; sans oser affirmer que celle-ci souffre plus dans son cœur que l'homme, du moins peut-on affirmer qu'elle éprouve plus de peines de toutes sortes du fait du veuvage. Aussi Weinberg (de Stuttgart) a-t-il montré que les veuves de tuberculeux présentent une mortalité tuberculeuse plus élevée que les veufs de tuberculeuses. »

Parmi nos malades ayant perdu leur mari de tuberculose, nous trouvons dans l'observation n° 20 un ensemble de circonstances particulièrement défavorables. Une jeune femme (20 ans) qui, pendant ses six mois de vie conjugale, doit presque continuellement soigner son mari atteint d'une pleurésie purulente tuberculeuse et qui, à toutes ces causes de fatigues et de dépressions physiques et morales, ajoute celles d'une grossesse. Par la suite d'ailleurs, malgré un examen précoce, elle accumulera encore les circonstances aggravantes, mais cette fois volontairement, en refusant un pneumothorax.

Trois fois la maladie a été révélée dans les quelques mois qui ont suivi le décès du conjoint. Deux fois, par contre, il s'agissait de délais de une et trois années.

Nous ne voulons donc retenir, comme cas de contagions certains, que ceux de deux enfants de 12 et 14 ans : la première, contaminée par son père ; la seconde, par sa grand'mère, dans les conditions particulièrement impressionnantes rapportées dans l'observation n° 18.

Ces observations montrent l'importance de la contagion chez les sujets jeunes, soit que cette jeunesse désigne leur âge ou l'âge de l'infection tuberculeuse.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Ils sont peu fréquents et le plus souvent imprécis. Nous avons noté :

— 3 pleurésies certaines ;

— 4 pleurésies douteuses (non ponctionnées), toutes survenues plusieurs années avant l'évolution de la tuberculose pulmonaire grave ;

— 1 cystite bacillaire ;

— 1 abcès anal, suivi de fistule, traitée chirurgicalement peu avant le début de l'évolution pulmonaire ;

— 1 tuberculose ganglionnaire très ancienne.

Nous n'avons jamais trouvé de maladies dites anergisantes suffisamment rapprochées du début de l'évolution pulmonaire pour pouvoir être prises en considération.

GROSSESSE

Les observations de tuberculeuses menant à bien une et même plusieurs grossesses sont des faits assez couramment observés. Nous avons pu le vérifier au cours de nos stages dans les services de phtisiologie. Nos Maîtres nous l'ont enseigné, mais ils nous ont aussi appris qu'il est des cas où la grossesse contribue, envers et contre tout, à une évolution rapide et inexorable. Ces faits sont trop connus pour que nous y insistions et prétendions y ajouter.

Ce que nous pourrions plutôt noter ici, c'est que dans les quelques observations où nous avons vu le début d'une évolution d'une seule tenue coïncider avec une grossesse, d'autres circonstances aggravantes sont venues se surajouter.

— C'est, dans l'observation n° 23, une malade qui ne s'inquiète pas des premiers signes anormaux

apparus au cours de sa grossesse et ne consultera que très tardivement, après son accouchement.

— L'observation n° 24 est analogue. La malade attend que son état soit tellement aggravé qu'il l'oblige à se faire hospitaliser.

— Chez une autre (observation n° 25), c'est une pyélonéphrite tenace qui vient compliquer les suites d'une huitième grossesse, et qui s'accompagne encore de soucis moraux et financiers et de sous-alimentation.

— Dans l'observation n° 26, la malade, qui est dans l'obligation de travailler, cache une grossesse survenant peu après une fausse couche.

Et nous touchons ici la question bien délicate des fausses couches, dont l'influence n'est certainement pas limitée aux seuls faits cliniques, objectifs, observés par le médecin.

Il faudrait pouvoir percer les secrets de bien des existences pour essayer de se rendre compte de la part qui revient à la grossesse ou de celle qui revient aux autres causes surajoutées, souvent si nombreuses chez nos malades.

Conditions sociales

Par conditions sociales nous entendons la profession, le milieu, l'habitation, l'alimentation, le genre de vie.

Une plume alerte et lyrique remplirait rapidement de nombreuses pages sur ce sujet. Ce n'est pas dans

nos moyens, et nous pensons donc qu'il est inutile de nous étendre longuement sur ce domaine illimité.

Les enquêtes sont d'ailleurs souvent difficiles et l'interrogatoire ne permet pas toujours une juste appréciation des faits, même quand les réponses sont sincères.

Disons que nous avons trouvé fréquemment des conditions sociales défectueuses, des femmes ayant un travail pénible, des jeunes filles s'astreignant à des travaux supplémentaires, en dehors de leur travail professionnel, pour augmenter leurs ressources (obs. 17).

Nous avons trouvé des mères ayant charge de jeunes enfants et dont le mari devenait chômeur, obligées de loger et de s'alimenter dans des conditions très défectueuses (obs. 25).

Renvoyons aux observations placées en tête de ce chapitre ; seules les observations peuvent donner une idée de ces faits.

Nous voulons seulement souligner particulièrement la question de la profession. Parmi nos malades, 20 % environ étaient ouvrières d'usines, le plus souvent employées dans la métallurgie à des travaux très pénibles. Nous avons trouvé plusieurs fois les métiers suivants : soudeuses à l'autogène, tourneuses, polisseuses, vernisseuses, etc...

Presque toutes nos malades ont un métier, la plupart sont mariées et mères de plusieurs enfants et, par conséquent se trouvent dans des conditions de vie anormales et spécialement déprimantes, puisqu'à

leur travail professionnel, souvent dur, elles ajoutent les soins et les soucis de leur ménage. Le Professeur Lévy-Solai rappelait dans sa leçon inaugurale que la France est sans conteste le pays où le travail féminin en dehors du foyer est le plus répandu.

M. Rist a rapporté à l'Académie de Médecine (16 juin 1936) un travail de Knud Faber dans lequel nous apprenons qu'au Danemark il y a eu, depuis 20 ans, une baisse considérable de la mortalité par tuberculose (atteignant parfois 60 %) dans toutes les catégories sociales, masculines et féminines. Une seule catégorie fait exception : les femmes ouvrières d'usines ; là, la mortalité a augmenté. Knud Faber insiste d'une façon toute particulière sur l'industrialisation, le travail épuisant, le genre de vie non rationnel. Selon l'auteur, ce danger est actuellement d'autant plus grand que par suite du recul de l'index de tuberculisation, beaucoup de ces jeunes travailleuses abordent l'usine non allergiques et font leur primo-infection dans un état de résistance insuffisante.

Conditions morales

On aurait volontiers tendance à négliger cette rubrique, pourtant importante, car elle est très difficile, sinon impossible à objectiver. Ses limites sont imprécises ; la part qui lui revient comme cause favorisante ou aggravante de la maladie ne peut être délimitée. Cependant son influence est certaine

et personne ne saurait le nier. Nous avons vu a propos des tuberculoses conjugales quel rôle important a été attribué à ces causes impondérables.

Le plus souvent d'ailleurs, ces conditions morales défectueuses ne sont pas seules à agir. Elles se mêlent plus ou moins, s'ajoutent à d'autres causes aggravantes qui leur donnent naissance ou les favorisent. Nous en avons trouvé de nombreux cas parmi nos observations et en avons déjà donné des exemples frappants.

Quand, à la fin de ce chapitre, nous chercherons à donner une impression d'ensemble sur la fréquence et l'importance des causes aggravantes, nous considérerons à la fois causes morales et causes sociales, car elles sont, nous venons de le dire, très souvent associées (l'observation n° 25 en est une preuve particulièrement troublante).

Retard du premier examen radiologique

Nous avons déjà remarqué à l'étude clinique, à propos des résultats du premier examen, que sur 60 malades (dont la date du premier examen est connue avec certitude), 15 seulement, soit 25 %, ont été vues dans les 6 premières semaines qui suivent le début apparent, alors que 45, soit 75 %, ne sont examinées qu'après un délai de 2 à 10 mois.

Examinons plus en détail ce deuxième groupe :

Retard d'examen de 2 à 4 mois : 17 cas sur 60, soit 30 % ;

Retard d'examen de 5 à 6 mois : 15 cas sur 60, soit 25 % ;

Retard d'examen de 7 à 10 mois : 13 cas sur 60, soit 20 %.

(Et même 12 mois dans 1 cas).

Nous constatons donc que 45 % de nos malades (presque la moitié d'entre eux !) ne consultent pas avant le 5^e mois qui suit l'apparition des premiers signes cliniques de la maladie. C'est là un fait particulièrement troublant.

Dans les fiches qui nous servaient à recueillir nos observations, nous avons prévu la rubrique : « Motif du premier examen radiologique ». Quels renseignements nous a-t-elle apporté concernant ces longs retards d'examen ?

Dans la plupart des cas nous avons noté que le premier examen complet était pratiqué à la suite d'une atteinte déjà profonde de l'état général. Les premiers symptômes apparus plus ou moins insidieusement et plus ou moins progressivement n'ont pas inquiété la malade ou l'ont insuffisamment inquiétée ; elle a cru à une affection saisonnière banale, elle a cru à une défaillance passagère de sa bonne santé, elle a écouté les conseils plus ou moins fâcheux de son entourage.

Mais il est certainement d'autres considérations qui entrent en ligne de compte. Presque toutes nos malades ont un travail professionnel, beaucoup sont obligées de travailler pour vivre et ne peuvent équilibrer leur existence qu'à cette condition. D'autres

ont de lourdes charges de familles, des enfants en bas âge. Elles ne peuvent pas s'arrêter, elles ne peuvent pas faire les frais de la maladie. Si aucun réconfort moral et matériel ne leur vient en aide, comment ne deviendraient-elles pas un peu fatalistes ?

D'autres ont une peur insurmontable de quitter leur foyer pour l'hôpital. Nous en avons un exemple particulièrement saisissant dans l'observation n° 22. Cette jeune femme de caractère absolument puéril, qui malgré l'exemple de sa mère traitée par pneumothorax, se sachant elle-même atteinte de la même affection, refuse les examens, puis les soins et n'accepte enfin l'hospitalisation qu'au terme de sa maladie, nous demandant alors de la guérir rapidement et ne paraissant aucunement se rendre compte de la gravité de son état.

Il est enfin des malades, ce ne sont heureusement pas les plus nombreuses, qui, pour des raisons que nous ignorons, tiennent plutôt à quitter la vie qu'à conserver une bonne santé (nous avons trouvé deux tentatives de suicide parmi nos cas), et ne peuvent que favoriser la maladie et une évolution grave de la maladie.

Il faut rapprocher de cette catégorie les malades qui devant un symptôme alarmant universellement connu, tel qu'une hémoptysie (ou même plusieurs hémoptysies successives, nous en avons rapporté des exemples), ne s'inquiètent pas de leur santé. Il n'est plus permis alors d'invoquer la négligence.

Mais il ne faut sans doute pas faire porter sur les malades toute la responsabilité des examens tardifs. Assez fréquents sont parmi nos cas (nous en trouvons des exemples dans les observations rapportées) les malades qui, bien qu'ayant consulté assez précocement, n'ont subi que tardivement le premier examen complet sur lequel nous insistons. Elles n'ont reçu que quelques fortifiants ou quelques potions calmantes et se sont soignées ainsi chez elles, en continuant à travailler, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Nous n'avons pas le droit de juger ceux qui nous ont précédé dans la carrière médicale, et nous ne pouvons que rapporter les paroles de notre Maître : « Des examens radiologiques beaucoup trop longtemps différés, dit-il, prouvent que trop de médecins ne sont pas encore imbus de cette idée que le diagnostic de tuberculose est un diagnostic d'urgence. »

De tout ceci faut-il conclure que si l'on arrivait à supprimer toutes ces causes qui favorisent les grands retards d'examen, on verrait par le même coup s'évanouir les évolutions graves ? Nous avons déjà vu qu'un tel espoir ne peut malheureusement être permis. Nous avons indiqué au chapitre clinique qu'un certain nombre de malades, malgré un dépistage précoce, présentaient des lésions bilatérales étendues. La thèse de Aucler nous en a rapporté une confirmation, qui affirme que dans 8 % de tous les cas de tuberculose, dès le début les lésions sont bila-

térales et importantes. Mais alors, peut-on faire plus encore ; ne pas attendre l'apparition des signes cliniques indicateurs, pour procéder aux examens radiologiques ? Nous touchons ici la question d'actualité des examens systématiques qui tendent à s'introduire de plus en plus dans certaines collectivités. Mais, là encore, si nous sommes sur la voie d'un progrès incontestable, nous savons que ces examens ne peuvent nous donner de sécurité absolue. Nous savons que, même pratiqués périodiquement, ils peuvent nous mettre en présence de lésions très importantes, comparables à celles que nous avons notées au chapitre clinique.

Les résultats des examens systématiques pratiqués dans l'armée par le général Jullien sont particulièrement démonstratifs. Ils nous prouvent qu'il est possible de trouver des lésions bilatérales et étendues chez des militaires effectuant leur service régulièrement.

Bidermann et Alibert, rapportant les résultats de contrôles à l'admission dans plusieurs grandes collectivités, trouvent sur 12.701 malades examinés et en grande partie, déjà sélectionnés, 35 cas de lésions pulmonaires bilatérales étendues ou nettement excavées.

Dans nos observations, nous avons deux cas prouvant les lésions importantes que l'on peut découvrir peu de temps après un examen systématique négatif. Citons, en particulier, celui très significatif de la petite H... P... (obs. n° 18) qui, ayant subi un exa-

ment prophylactique négatif et invitée à se représenter 6 mois plus tard, doit être examinée à nouveau avant l'expiration de ce délai et présente alors des lésions bilatérales très importantes.

Il ne suffirait d'ailleurs pas de déceler précocement la maladie pour pouvoir espérer diminuer considérablement le nombre des évolutions graves. Il faudrait encore obtenir du malade qu'il consente à se soigner convenablement ; il faudrait pouvoir supprimer en grande partie les causes aggravantes que nous avons retenues.

Mais nous touchons là des problèmes trop complexes et trop généraux, qu'il ne nous appartient pas de discuter.

*
**

De cette rapide étude médico-sociale, nous retiendrons comme conditions défavorables les plus fréquentes :

- les antécédents familiaux bacillaires ;
- les conditions sociales et morales défectueuses ;
- le grand retard du premier examen radiologique.

Nous avons trouvé que plus de la moitié de nos cas (40 sur 77, même sans éliminer ceux pour lesquels nous n'avons pas de renseignements précis) présentent au moins l'association de deux des causes aggravantes précédentes. Cette proportion est certainement plus forte encore en réalité, car toutes nos observations ne sont pas complètes sur ces trois

points ; et, s'il est assez fréquent de voir des causes aggravantes multiples s'associer comme à plaisir, il est absolument exceptionnel de n'en rencontrer aucune.

En définitive, nous ne pensons pas exagérer et croyons même nous tenir au-dessous de la vérité en évaluant à 60 % le nombre des cas pour lesquels l'influence de causes aggravantes importantes peut être considérée comme certaine. Mais bien entendu, ceci ne nous autorise nullement à en conclure que les seules causes aggravantes conditionnent l'évolution grave dans tous ces cas. Il existe certainement parmi eux de ces tuberculoses graves d'emblée dont nous avons déjà parlé. Il existe certainement aussi un certain nombre de cas dont les véritables causes de gravité nous échappent complètement. Nous pensons pourtant qu'une dernière catégorie de malades (dont le nombre est impossible à évaluer) doit son évolution inexorable à un ensemble de causes aggravantes susceptibles sinon d'être supprimées, du moins d'être atténuées ; et nous souhaitons vivement voir régresser de plus en plus le nombre encore impressionnant des évolutions d'une seule tenue.

CONCLUSIONS

Les « évolutions d'une seule tenue » sont des formes de tuberculoses pulmonaires graves, frappant de préférence les adultes et les adultes jeunes, et qui, toujours en évolution depuis l'apparition de leurs premiers symptômes, aboutissent toujours à la mort dans des délais variant de trois à seize mois.

D'après leur allure clinique, ces formes se rangent entre les tuberculoses pulmonaires chroniques et les tuberculoses aiguës, en empiétant sur ces dernières.

Elles peuvent se différencier en *formes graves d'emblée*, comprenant elles-mêmes des cas à allure aiguë, du type phtisie galopante ; et en *formes d'apparence banale*, ressemblant souvent beaucoup aux formes chroniques, dont elles ne se distinguent que par une évolution plus rapide et surtout par le fait que toute leur évolution tient en une seule poussée.

Parmi ces formes à début apparent banal, il en est une forte proportion, la moitié au moins, pour qui la gravité peut être attribuée pour une certaine part et d'une façon plausible, à des causes aggravantes nombreuses telles que : tuberculoses familiales, conditions sociales et morales très défectueuses, gros re-

tard du premier examen radiologique. Une place prépondérante doit être réservée à ce facteur aggravant qu'est le retard considérable du premier examen radiologique, retard atteignant très souvent quatre à dix mois.

Ces causes défavorables, le plus souvent associées, sont susceptibles d'être atténuées, sinon supprimées. Les examens systématiques eux-mêmes ne peuvent nous mettre à l'abri de quelques formes graves d'emblée : le caractère de gravité de certains cas nous échappe complètement.

Il est néanmoins permis d'espérer voir diminuer dans une certaine proportion, et sans doute de plus en plus, le nombre malheureusement encore trop grand des « évolutions d'une seule tenue ».

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE (P.). — La Curabilité de la Tuberculose Pulmonaire (*Revue Médicale Française*, avril 1937).
- ARNAUD (J.). — L'Avenir des Tuberculeux (*Presse Médicale*, 12 octobre 1935).
- AUCLER (A.). — L'Etendue des Lésions initiales de la Tuberculose Pulmonaire de l'Adulte (*Thèse de Paris*, 1934).
- BARD (L.). — Les Formes Cliniques de la Tuberculose Pulmonaire (*Maloine, éditeur*).
- BERNARD (Etienne) et THIEFFRY (S.). — Note sur la situation (et notamment l'origine) de 500 femmes tuberculeuses entrées à la Salpêtrière en 1934-1935 (*Revue de la Tuberculose*, janvier 1937).
- BERNARD (Etienne). — Tuberculose et Médecine Sociale (Masson et C^{ie}, 1938).
- BERNARD (Etienne), KREIS (B.) et MICHAUT. — Contribution à l'étude des Tuberculoses graves. Les Evolutions d'une seule tenue (*Revue de la Tuberculose*, mars 1938).
- BERNARD (Léon). — Les Débuts et les Arrêts de la Tuberculose (Masson et C^{ie}, éditeur).

BEZANÇON (F.) et SERBONNES (H. de). — Les Poussées évolutives de la Tuberculose Pulmonaire (*Paris Médical*, janvier 1911).

BIDERMANN (A.) et ALIBERT (A.). — Le Contrôle radiologique à l'admission dans plusieurs grandes collectivités (*Revue de la Tuberculose*, mars 1938).

CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de Médecine, t. IV (Phtisie galopante).

JULLIEN (L.) et SIEUR (M.). — Quelques découvertes de la Radioscopie systématique (*Revue de la Tuberculose*, mars 1937).

RIST. — Rapport à l'Académie de Médecine (16 juin 1936).

SERGEANT. — Traité de Pathologie Médicale, t. XVIII.